
Términos y Condiciones

de la cobertura de la Póliza
del grupo iPMI para personas individuales

AWP Health & Life SA



Febrero 2020

Índice

1. TÉRMINOS Y CONDICIONES	3
Fecha de entrada en vigor, duración y fecha de renovación	3
Tarifas de la Póliza	3
Elegibilidad para la cobertura	4
Áreas de cobertura	4
Administrador del plan	5
Cambios en el certificado de membresía	5
Beneficios	5
Notificación previa	5
Cómo interponer una reclamación	6
Evaluación de las reclamaciones	6
Limitación sobre los costes reales	7
Pago con tarjeta	7
Reembolso de gastos cubiertos	7
Dívida	8
Limitación sobre las acciones	8
Subrogación	8
Obligación de información precontractual	8
Consecuencias del incumplimiento de una obligación	8
Avisos	9
Renuncia a la aplicación para la membresía/“periodo de reflexión”	9
Rescisión o suspensión de la cobertura	9
Pago de la prima	10
Impagado	10
Reclamaciones	10
Exclusiones	11
Ley aplicable	12
2. DEFINICIONES	13
3. TABLA DE BENEFICIOS	18
4. AVISO DE PRIVACIDAD DE DATOS - AWP HEALTH & LIFE SA	30
5. CONSECUENCIAS DEL NO CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DE DECLARACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY § 19 DE CONTRATOS DE SEGUROS EN ALEMANIA (VERSICHERUNGSVERTRAGSGESETZ)	41
6. INSTRUCCIONES SOBRE EL DERECHO DE REVOCACIÓN	43
7. ZONAS DE COBERTURA	45
CONTACTO	46

1. Términos y condiciones

El fin de este documento es definir los términos y condiciones de la cobertura de seguro para Miembros principales y otras Personas cubiertas disponible a través de la Association for Insurance Coverage (la «Asociación»), con reembolso de gastos médicos y relacionados, de acuerdo con los términos y condiciones establecidos a continuación (la «Póliza»).

La cobertura está definida por:

- La presente Póliza y sus apéndices, incluyendo el Certificado de membresía («Certificado de membresía»);
- Un folleto de la Póliza, si procede, y
- Un aviso de privacidad de datos

Todo esto formará parte integral de la Póliza.

Todas las definiciones de esta Póliza se especifican en la sección 2: «Definiciones», en la presente o en el propio documento de texto.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR, DURACIÓN Y FECHA DE RENOVACIÓN

La cobertura bajo esta Póliza entra en vigor en la fecha indicada en el Certificado de membresía («Fecha de entrada en vigor de la Póliza»). La fecha de renovación de la Póliza («Fecha de renovación de la Póliza») será en cada aniversario de la Fecha de entrada en vigor de la Póliza.

La cobertura bajo esta Póliza continuará, a menos que esta cobertura se haya dado por terminada y que el contingente supeditado al Miembro principal y a otras Personas cubiertas continúe siendo elegible para cobertura, (ii) la Póliza maestra entre el Asegurador y la Asociación no se haya dado por terminada, (iii) el Miembro principal haya estado de acuerdo con los cambios de tarifas o los términos establecidos en una solicitud proporcionada por la Asociación (también actuando en nombre del Asegurador) al Miembro principal no más tarde de tres (3) meses antes de la Fecha de renovación para aplicar desde la Fecha de renovación, a menos que la Póliza se haya dado por terminada, ya sea por parte de la Asociación (actuando solo en nombre del Asegurado) o del Miembro principal.

La cobertura de aquellas Personas incluidas en la cobertura del Miembro principal bajo la Póliza entrará en vigor en el momento que esas Personas se inscriban en la cobertura del Miembro principal o, posteriormente, una vez que las Personas involucradas cumplan con las condiciones requeridas.

El periodo del seguro será desde que el Miembro principal y otros Miembros cubiertos se unen al seguro, a menos que se indique lo contrario en el presente documento y tal como se indique.

TARIFAS DE PÓLIZA

Las tarifas para la Póliza se determinarán de acuerdo con la edad, los beneficios y la zona de cobertura/país de destino de cada Miembro principal y otras Personas cubiertas. Además, puede agregarse una sobreprima antes de que se acepte la aplicación y emisión de un Certificado de membresía, en base a la declaración de salud incluida en el formulario de solicitud.

Las primas pueden cambiar de acuerdo con la edad del Miembro principal y otras Personas cubiertas, en cada fecha de renovación de la Póliza en base a la tabla por edades establecida en el momento de la aplicación.

Además, el Asegurador se reserva el derecho de modificar las primas y/o los términos de la Póliza de vez en cuando en el caso de cambio en las reglamentaciones, en los resultados técnicos o por un aumento de los costes externos relacionados con los beneficios proporcionados bajo esta Póliza, entre otras causas, según sea necesario.

Cualquiera de dichos cambios en la prima y/o en los términos de la Póliza no entrarán en vigor antes de la siguiente Fecha de aniversario de la Póliza, momento en el que el Miembro principal tendrá derecho a elegir si continúa o no con la cobertura bajo los nuevos términos.

El Administrador del plan, en nombre del Asegurador, notificará al Miembro principal cualquier cambio en los términos de la Póliza y/o prima al menos dos (2) meses antes de que dicho cambio entre en vigor. El cambio en los términos de la Póliza y/o en la prima tendrá efecto en la siguiente Fecha de renovación después de la notificación al Miembro principal.

No obstante, el Miembro principal conserva el derecho de solicitar la finalización de la membresía en la Asociación dentro de los treinta (30) días posteriores a la notificación de un cambio en prima o en los términos de la Póliza.

La prima se indica en EURO o en USD.

Esta Póliza cubre al Miembro principal y a otras Personas cubiertas, según se enumera en el Certificado de membresía, de acuerdo con las definiciones que contiene esta Póliza.

ELIGIBILIDAD PARA LA COBERTURA

La cobertura incluida en la Póliza incluye al Miembro principal y otras Personas cubiertas, tal como se definen en esta Póliza y tal como se enumeran en el Certificado de membrecía. Esta Póliza pretende proporcionar cobertura a los Miembros principales y sus Dependientes elegibles residentes fuera de su país de origen. Esta Póliza no pretende ser un seguro de salud complementario en Alemania. El Miembro principal debe tener dieciocho (18) años de edad o más en el momento de completar el Formulario de solicitud. La cobertura es en función del Formulario de solicitud aceptado por el Asegurador. El Asegurador no aceptará ningún Formulario de solicitud en el que dicha actividad viole cualquier ley, sanción o normativa.

El Miembro principal y otras Personas cubiertas deben tener menos de sesenta y cinco (65) años en el momento de unirse a la Cobertura incluida en la Póliza.

Se necesitan los datos personales y/u otros datos sensibles para suscribir, administrar y gestionar la presente Póliza. Los Miembros principales y otras Personas cubiertas se considerarán «Interesados» con el fin de aplicar las provisiones descritas en la sección 4 - Aviso de los datos de privacidad y cualquier otro Aviso de privacidad de datos proporcionado por el Administrador del plan.

ÁREAS DE COBERTURA

Esta Póliza proporciona cobertura del seguro para cada Miembro principal y otras Personas cubiertas, en las áreas de cobertura identificadas en el Certificado de membrecía del Miembro principal.

Debe haberse incurrido en costes médicos dentro del periodo del seguro:

- en uno de los países de las áreas de cobertura definidas en este documento; o
- en otro país: la Póliza proporcionará cobertura para tratamientos de emergencia fuera del área de cobertura indicada en el Certificado de membrecía durante un periodo de sesenta (60) días por viaje. La cobertura se iniciará en el momento que la Persona cubierta deja su residencia o su lugar de trabajo para llevar a cabo un viaje.

El tratamiento de emergencia fuera del área de cobertura es el tratamiento para emergencias médicas que se produce durante un viaje de negocios o de vacaciones fuera de su área de cobertura. La cobertura se proporciona hasta un periodo máximo de sesenta (60) días por viaje dentro de la cantidad de beneficio

máximo e incluye el tratamiento requerido en el lugar del accidente, o el inicio repentino o el empeoramiento de una enfermedad grave que suponga una amenaza inmediata a la salud de la Persona cubierta. Los Miembros principales y otras Personas cubiertas deben avisar al Administrador del plan (datos de contacto a continuación) si se mueven fuera de la zona de cobertura, tal como se lista en el Certificado de membrecía, durante un periodo de más de sesenta (60) días.

La cobertura es solo para los costes resultantes de un Accidente o una Emergencia fuera de la zona de cobertura cuando el tratamiento lo proporcionó un médico, facultativo o especialista, o por hospitalización.

Fuera de la zona de cobertura, el tratamiento de un médico, facultativo o especialista debe comenzar cuarenta y ocho (48) horas de la Emergencia. No se proporciona Cobertura fuera de la zona de cobertura para ninguna curación o seguimiento de tratamiento que no sea de emergencia, ni cobre cargos relacionados con maternidad, embarazo, parto o cualquier tipo de complicación del embarazo o del parto después de la semana treinta y cuatro (34) de embarazo.

ADMINISTRADOR DEL PLAN

Esta Póliza la administra PassportCard Deutschland GmbH (el «Administrador del plan») en nombre del Asegurador:

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburgo, Alemania

Teléfono: **+49 40 46 00 20 333**
Número de WhatsApp: **+49 170 210 1616**
Correo electrónico: **kundenbetreuung@passportcard.de**

CAMBIOS EN EL CERTIFICADO DE MEMBRECÍA

Si el Miembro principal desea agregar a otras Personas cubiertas adicionales y elegibles a esta Póliza, incluyendo recién nacidos, debe completarse un nuevo Formulario de solicitud para dichas Personas cubiertas adicionales, y dicha cobertura adicional entrará en vigor en la fecha indicada en el Certificado de membrecía actualizado que se emitirá para el Miembro principal. En el caso de un recién nacido, el certificado de nacimiento se enviará dentro de los tres (3) meses posteriores al nacimiento del niño y se aceptará al recién nacido para cobertura bajo la Póliza sin una revisión de salud adicional.

Cuando una Persona cubierta (distinta del Miembro principal) alcanza los 18 años, el Administrador del plan se pondrá en contacto con dicha Persona cubierta y le emitirá un Certificado de membrecía por separado, si procede. Además, el Miembro principal recibirá un Certificado de membrecía actualizado que muestre la lista actualizada de otras Personas cubiertas.

El Miembro principal puede cambiar la zona de cobertura en la que esté asegurado a través de una notificación al Administrador del plan con un (1) mes de antelación a dicho cambio, a través de un correo electrónico o por teléfono. En ese caso, la prima que el Miembro principal pagará de acuerdo con la cobertura que tenga bajo esta Póliza puede verse afectada por el cambio en la zona de cobertura y el Miembro principal será notificado del cambio.

No obstante, el Miembro principal conserva el derecho a solicitar la rescisión de la membrecía en la Asociación dentro de los dos (2) meses posteriores a la notificación del cambio en la prima como resultado del cambio en la zona de cobertura. El cambio en la prima como resultado de un cambio en la zona de cobertura entrará en vigor treinta (30) días después de que se notifica al Miembro principal de dicho cambio.

BENEFICIOS

Alcance

Los beneficios consisten en el pago o en el reembolso de los gastos médicos y gastos relacionados elegibles en los que hayan incurrido las Personas cubiertas, tal como se establece en la sección 3 - Tabla de beneficios.

La atención médica a cubrir con esta Póliza, deben proporcionarla proveedores de salud médica reconocidos por las autoridades médicas locales, y facultativos autorizados (de conformidad con las leyes y normativas del país en el que se proporcionó la atención).

Los servicios médicos deben proporcionarse durante el periodo asegurado tal como se indica en el Certificado de membrecía.

Cantidad del beneficio

La cantidad de beneficio se determina para cada gasto indicado, tal como se indica en la Tabla de beneficios, y limitada por los gastos habituales, rutinarios y razonables («UCR») para cada tipo de servicio.

La naturaleza razonable, habitual y usual se determina de acuerdo con la práctica médica que prevalece en el país donde se proporciona el cuidado (tipo de tratamiento, cuidado, calidad de equipo médico, área geográfica y país) y está sujeto a los estándares de valoración y codificación de los procedimientos y tratamientos médicos referenciados o comunes en cada país. En general, los gastos para el tratamiento o para otros servicios que sean obviamente desproporcionados para los servicios realizados, son inusuales, no habituales y no razonables.

Si la naturaleza de los gastos se considera inusual, no habitual o no razonable, eso puede llevar a la negación de reembolso o a la limitación de la cantidad del reembolso a la cantidad usual y razonablemente. Si la atención médica para la que se han acordado los beneficios superó el nivel médico necesario, el Asegurador puede volver a reducir los beneficios a una cantidad apropiada.

NOTIFICACIÓN PREVIA

Los beneficios pueden estar supeditados a una notificación previa en nombre del Miembro principal u otra Persona cubierta.

Debe entregarse una notificación previa por reclamaciones

relacionadas a una hospitalización cubierta, atención hospitalaria y trasplantes, y en caso de embarazo tal como se describe en tal Póliza, excepto en un evento de emergencia.

El Miembro principal u otra Persona cubierta debe notificar al Administrador del plan en nombre del Asegurador al menos setenta y dos (72) horas antes de cualquier hospitalización cubierta, hospicio y trasplantes.

En el caso de embarazo cubierto, el Administrador del plan debe ser notificado dentro de los tres (3) primeros meses del embarazo.

Se considera que el Administrador del plan ha aprobado el curso sugerido del tratamiento si no ha respondido a la notificación previa dentro de los 5 días laborales después de la fecha de recepción.

En el caso de que no se haya enviado ninguna solicitud para la notificación previa, como resultado del coste de tratamiento cubierto por la Póliza supera el coste que habría sido cubierto si se hubiera enviado notificación previa, el Administrador del plan tendrá derecho a cubrir solo el 80 % de los gastos de atención hospitalaria (intrahospitalarios) y el 50 % de la cantidad pagable por cualquier otra atención similar (extrahospitalario) que se hubiera reembolsado en el caso de que el Asegurador hubiera incurrido en un exceso de gastos como resultado del fallo de dar notificación previa.

Aunque la notificación previa no es necesaria en casos de Urgencia, el Miembro principal u otra Persona cubierta debe, no obstante, notificar al Administrador del plan dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a hospitalización o, en el caso de fuerza mayor, lo más pronto posible.

CÓMO INTERPONER UNA RECLAMACIÓN

Las reclamaciones deben interponerse cuanto antes pero no más tarde de treinta y seis (36) meses de la fecha en que se haya proporcionado el servicio médico.

En el caso de una reclamación, el Administrador del plan puede solicitar la siguiente evidencia junto con la reclamación, para poder así procesar la reclamación:

- En caso de hospitalización: documentos que justifiquen la hospitalización (facturas, honorarios, etc.)
- En caso de enfermedad: facturas detalladas o
- En caso de parto en casa: copia del certificado de nacimiento del niño.

El Administrador del plan puede solicitar, según sea apropiado, documentación adicional necesaria para la

aplicación de esta cobertura.

El Miembro principal y/u otras Personas cubiertas serán responsables de cualquier información proporcionada por sí mismo o por el Miembro principal en nombre de la otra Persona cubierta, que resulte falsa, forzada o exagerada, o cualquier acción fraudulenta por parte de ellos, y todos los pagos indebidos por parte del Asegurador en base a esta información incorrecta se recuperarán.

EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

El Administrador del plan puede investigar y evaluar cualquier reclamación en nombre del Asegurador dentro de un tiempo razonable y de acuerdo con los términos de la Póliza.

En caso de una reclamación, el Administrador del plan pagará las sumas que se deban en relación a la reclamación dentro de un tiempo razonable si fuera necesario hacerlo de conformidad con los términos de la Póliza. En el caso de un conflicto relacionado con la reclamación, el impago de la misma no puede tratarse como no razonable.

Dentro del contexto de la revisión de la reclamación, el experto médico consejero del Administrador del plan puede solicitar más documentación de apoyo necesaria para procesar la reclamación si la documentación antes listada es incompleta, da lugar a dudas, o el Administrador del plan no es capaz de investigar con profundidad la obligación de pagar la reclamación del Asegurador. El experto médico consejero del Administrador del plan está autorizado, corriendo con sus propios gastos, a solicitar información de las siguientes organizaciones y sujetos de la Sección 4 «Avisos de privacidad» en el presente documento y en cualquier otro aviso de privacidad proporcionado por el Administrador del plan:

- médicos,
- hospitales,
- otras instituciones médicas,
- casas de salud,
- cuidadores,
- otros proveedores personales del seguro,
- organismos de seguro médico estatutario,
- organizaciones de seguro ocupacional y/o
- organismos oficiales

En el caso de que el Miembro principal y/u otra Persona cubierta rechace proporcionar información concreta recabada durante el curso de la reclamación procesada, el beneficio puede vencer si el Administrador del plan no es capaz de determinar si, y en qué medida, el Asegurador es responsable del pago de la reclamación.

En este sentido, el Asegurador no será responsable por no realizar los servicios bajo la Póliza.

Con la solicitud a la cobertura bajo esta Póliza, el Miembro principal está de acuerdo en que rechazar o no proporcionar la información apropiada al Administrador del plan puede impedir que el Asegurador pague la reclamación. En la medida que el Asegurador rechace pagar una reclamación en su totalidad, reducirá el pago en proporción al fallo del Miembro principal o de cualquier otra Persona cubierta.

En el caso de que la prima a pagar bajo esta Póliza no haya sido pagado por fallo del Miembro principal, los beneficios pueden no vencer.

En caso de fraude, tergiversación u ocultamiento con relación a cualquier asunto que afecte el seguro o en conexión con cualquier reclamación del Miembro principal y/o de otras Personas cubiertas, el Asegurador tiene derecho a rescindir la cobertura bajo esta Póliza y todos los derechos de reclamaciones resultan perdidos.

LIMITACIÓN SOBRE LOS COSTES REALES

Los gastos que ya han sido reembolsados al Miembro principal o a la Persona cubierta, o que esperan a ser reembolsados por terceros, no serán reembolsados adicionalmente bajo esta Póliza.

La cobertura de la misma naturaleza suscrita con varios organismos aseguradores debe verse forzada al límite en cada beneficio, sin importar la fecha cobertura suscrita.

Con el fin de las provisiones antes mencionadas, la limitación en la cantidad de gastos pagaderos por parte del Miembro principal de y/o de otras Personas cubiertas quedará determinado por el Administrador del plan para cada elemento, tratamiento o acto médico.

PAGO CON TARJETA

Determinados beneficios pueden pagarse directamente al proveedor con una tarjeta prepago especial (la «tarjeta PassportCard»). Antes de pagar al Proveedor médico/ Proveedor de servicios médicos, o antes de cualquier retiro de efectivo con la tarjeta, dicha acción será autorizada por el Administrador del plan y el Miembro principal, u otra Persona cubierta debe ponerse en contacto con el Administrador del plan o abrir la aplicación móvil para solicitar que se carguen fondos a la tarjeta PassportCard. La tarjeta solo puede ser utilizada de acuerdo con los términos y condiciones proporcionados por el Administrador del plan cómo se comunicó en el momento de la distribución de la tarjeta. Dichos términos y condiciones incluyen que el usuario

debe proporcionar al Administrador del plan cualquier documentación que solicite para justificar el pago a través de la tarjeta.

Si no se proporciona dicha documentación, o si la tarjeta no se utiliza de acuerdo con los términos y condiciones aplicables, el Administrador del plan tiene derecho a reclamar los fondos que igualen la cantidad cargada en la tarjeta por parte de la persona relevante, al Miembro principal o a la Persona cubierta. Dicha reclamación de fondos requiere que el Miembro principal no pueda demostrar que el fallo al obtener la autorización previa no fuera debido a una negligencia grave o, excepto en caso de incumplimiento intencional, de que el incumplimiento de la obligación no haya tenido efecto en el evento asegurado o en la determinación del beneficio del seguro. Al solicitar que se carguen fondos en la tarjeta PassportCard, el Miembro principal manifiesta su acuerdo con los términos y condiciones de la tarjeta PassportCard. Si el Asegurador rechaza pagar una reclamación en su totalidad, puede reducir el pago en proporción al fallo del Miembro principal y de la Persona cubierta.

La tarjeta PassportCard no es una tarjeta de crédito, no puede cargarse con su propio dinero y no está vinculada a ninguna cuenta de depósito ni a otros productos que usted pudiera tener.

La tarjeta PassportCard es, simplemente, un método que ha elegido el Administrador del plan para poner a disposición de la Persona cubierta y esta pague con comodidad la cantidad correspondiente en el momento, sin tener que esperar el reembolso.

REEMBOLSO DE GASTOS CUBIERTOS

Si se aprueba, el reembolso debe pagarse al Miembro principal o a otra Persona cubierta, según corresponda, siguiendo los recibos y las facturas desglosadas relacionadas con dichos pagos que se hayan enviado al Administrador del plan.

El Miembro principal u otra Persona cubierta debe presentar las reclamaciones directamente sin consentimiento previo de la Asociación.

Si un Miembro principal u otra Persona cubierta está protegida por un seguro de la Seguridad Social nacional local o equivalente, los beneficios que recibe de dicho seguro se deducirán de los beneficios pagables bajo esta Póliza (esta Póliza puede, a elección del Administrador del plan, ser un segundo pago).

Si una Persona cubierta (distinta del Miembro principal) está empleado y recibe seguro de su empleador, los beneficios que reciba de dicho seguro se deducirán de los beneficios pagables bajo esta Póliza (esta Póliza puede, a elección del Administrador del plan, ser un segundo pago).

DIVISA

Pueden incurrirse en costes de los servicios de atención médica en moneda extranjera. Si el Asegurador reembolsa la reclamación en Euros, el Asegurador utilizará las tasas de conversión en vigor en la fecha de la transacción. El Administrador ha autorizado el uso de un convertidor de divisas en línea en la siguiente dirección web que permite hacer conversiones en fechas específicas: www.xe.com/ucc.

En el caso de que el Miembro principal u otra Persona cubierta fuera cargado con una tasa de conversión menos favorable en el momento de la provisión de servicios médicos, se permite el uso de la tasa de la Persona cubierta en su lugar, siempre que la Persona cubierta proporcione al Administrador del plan documentos para respaldar la tasa reclamada. En dichos casos, el Miembro principal tiene la opción de elegir qué tasa de conversión usar: (Cuando la diferencia es pequeña, el Miembro principal puede preferir una pronta solución utilizando la tasa de xe.com en lugar de cotejar y probar el apoyo con una tasa alternativa.)

LIMITACIÓN SOBRE LAS ACCIONES

Las reclamaciones se harán hasta que la ley alemana las prohíba. En general, las reclamaciones se prohíben al final del tercer (3er) año natural después del año natural en el que se presenta la reclamación y cuando la persona lesionada conoce los hechos (o debería conocer los hechos) que den lugar a una reclamación. Para más información, consulte la ley alemana a su disposición.

SUBROGACIÓN

Si un Miembro principal y/u otra Persona cubierta tienen derecho a indemnización frente a un tercero, que no sea miembro de la familia, el Miembro principal u otra Persona cubierta asignará a este el derecho al Asegurador (excepto cuando el Asegurador adquiere derecho a través de una subrogación).

El Asegurador puede ejercitar este derecho de forma que perjudicara el derecho del Miembro principal o de otra Persona cubierta para recabar cualquier indemnización del tercero que superé los beneficios recibidos del Asegurador.

Si un Miembro principal u otra Persona cubierta recibe indemnización y/o compensación de un tercero que se debe al Asegurador de acuerdo con este párrafo, él la transferirá al Administrador del plan para entregar al Asegurador. Si ha hecho una renuncia al acuerdo u otra acción que perjudique el derecho transferido al

asegurador, compensará al asegurador en ese sentido, ya sea completamente (en caso de una divulgación intencional) o parcialmente en relación directa a la gravedad de la negligencia, a menos que el miembro principal pueda demostrar la ausencia de negligencia grave.

OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN PRECONTRACTUAL

El Miembro principal y otra Persona cubierta deben proporcionar respuestas verdaderas y completas a las preguntas en el formulario de solicitud y en otros documentos de aplicación, incluyendo detallar cualquier enfermedad médica previa o preexistente. Cualquier información que no esté emitida o sea incompleta puede poner en riesgo la cobertura de seguro.

En el caso de fraude, tergiversación u ocultación por parte del Miembro principal y/o de otras Personas cubiertas, el Asegurador (o el Administrador del plan actuando en su nombre) está autorizado, conforme a los requisitos establecidos en la Sec. 19, según se modificó por la Sec. 194 (1) 3ª frase de la Ley del contrato de seguros de Alemania, para declarar la cobertura del Miembro principal bajo la Póliza nula y sin efecto, lo que equivaldría a anular la cobertura de las otras Personas cubiertas. En el caso de una omisión negligente o una divulgación falsa, el Asegurador (o el Administrador del plan actuando en su nombre) también están autorizados a continuar la cobertura bajo la Póliza bajo nuevos términos y condiciones, establecidos por el Asegurador (y en caso de un incumplimiento por negligencia grave también puede tener efecto retroactivo) o terminar la cobertura de la Póliza reembolsando las primas pagadas.

CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN

Los beneficios bajo la Póliza vencen cuando el Asegurador haya concluido las investigaciones necesarias para establecer la reclamación al seguro y el alcance de este pago. Si cualquiera de las investigaciones del Miembro principal u otras Personas cubiertas especificadas en este documento no se cumplen, puede resultar en que el Asegurador sea incapaz de determinar si, o en qué medida, el Asegurador es responsable de los pagos de beneficios.

El no cumplimiento de una obligación puede resultar en que el beneficio no resulte pagable.

Los datos de las obligaciones de declaración precontractuales y las consecuencias de sus

incumplimientos pueden encontrarse en la sección 5 «Consecuencias del no cumplimiento de las obligaciones de declaración».

En el caso de un incumplimiento de la obligación de declaración precontractual por parte del Miembro principal o de cualquier Persona cubierta, el Asegurador puede beneficiarse, de conformidad con las Secciones 19 a 22 de la Ley de contrato de seguro alemana (Versicherungsvertragsgesetz) ya sea para declarar la nulidad de la Póliza individual, la rescisión de la Póliza individual o para continuar aplicándola bajo las nuevas condiciones establecidas por el Asegurador.

AVISOS

Las notificaciones enviadas por el Administrador del plan y/u otras Personas cubiertas se comunicarán en papel o en formato de texto a través de medios digitales (p. ej. correo electrónico, sitio web, inicio de sesión, aplicación móvil).

RENUNCIA A LA APLICACIÓN PARA LA MEMBRECÍA/ «PERIODO DE ENFRIAMIENTO»

Durante un periodo de catorce (14) días desde la fecha en que el Miembro principal recibe un Certificado de membrecía, el Miembro principal puede revocar la solicitud de cobertura bajo esta Póliza, sin cargar una prima, enviando una carta con acuse de recibo al Administrador del plan o por correo electrónico a la dirección indicada a continuación. Si desea información más detallada, consulte la sección 6 «Instrucciones sobre el derecho de revocación».

No obstante, un miembro principal que ya ha pagado una prima en relación a la cobertura bajo esta Póliza puede renunciar a la cobertura del seguro dentro de un período de treinta (30) días naturales desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza, tal como se indica en el Certificado de membrecía, enviando una carta registrada con acuse de recibo al Administrador del plan o correo electrónico a la dirección listada a continuación.

El Miembro principal será reembolsado, al completo, todas las sumas relacionadas con el pago de las primas bajo esta Póliza hechas de los dentro de los treinta (30) días desde la fecha de acuse de recibo de la carta certificada, en tanto que no haya habido reclamaciones bajo esta Póliza durante ese tiempo o desde la recepción de la cobertura bajo esta Póliza.

Dirección para enviar la carta de renuncia

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10
20355 Hamburgo, Alemania
Correo electrónico: kundenbetreuung@passportcard.de

Muestra de carta de renuncia (dentro del periodo de reflexión)

«Yo, el abajo firmante, Don/Doña (nombre completo de la persona involucrada), residente en (dirección completa de la persona involucrada)..., renuncio a la membrecía en la Póliza número suscrita con la Asociación.

Por la presente certifico que, en la fecha de envío de esta carta, no tengo conocimiento de ninguna reclamación que invoque la cobertura de la Póliza desde la fecha en la que aplique para la cobertura de la misma.

Fecha:

Firma:

RESCIÓN O SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

En el caso de incumplimiento de las obligaciones de declaración precontractual o el no pago de la prima, el Miembro principal y/o las Personas cubiertas una vez aceptadas no pueden excluir de la cobertura bajo esta Póliza mientras continúe siendo elegible para la cobertura.

A menos que se indique lo contrario en el presente documento, la cobertura

- para cada Miembro principal: se recibirá en la fecha en la que el Miembro principal cese de ser elegible para la cobertura bajo esta Póliza; y
- para cada Persona cubierta: la rescisión de la cobertura de la Póliza para el Miembro principal provocará una rescisión de la cobertura de la Póliza para las otras Personas cubiertas. Si la otra Persona cubierta es elegible para ser un Miembro principal puede convertir su cobertura en una nueva cobertura bajo esta Póliza sin suscripción adicional ni periodos de espera adicionales; y si la otra Persona cubierta ya no cumple con los requisitos de elegibilidad para hacer una «Persona cubierta» bajo esta Póliza, la cobertura se rescindirán inmediatamente.

Si un Miembro principal o una Persona cubierta pierde elegibilidad para la cobertura, el Asegurador puede otorgar un período de gracia de hasta noventa (90) días de cobertura adicional, contingente en pago continuo de prima.

A menos que se indique lo contrario en el presente documento, para todas las Personas cubiertas en esta Póliza la rescisión de la cobertura se desactiva en la fecha indicada en el Certificado de membrecía o entrar en vigor en la fecha de rescisión en la que el Administrador del plan notifica que la cobertura ha sido recibida y no es retroactiva.

El Miembro principal puede cancelar la cobertura bajo esta Póliza en cualquier momento habiendo dado treinta (30) días de aviso al Administrador del plan.

La rescisión da como resultado la cancelación de la habilitación de los permisos a los beneficios para todos los servicios proporcionados después de la fecha de rescisión, incluso si el tratamiento para una condición empezó para el Miembro principal o para otra persona cubierta antes de la fecha de recepción.

La validez de esta Póliza depende de la existencia de una Póliza maestra introducida entre el Asegurador y la Asociación. En el caso de rescisión de dicha Póliza maestra, la cobertura bajo esta Póliza en vigor en el momento de la rescisión continuará en vigor hasta que la siguiente Fecha de aniversario (sujeta las provisiones contenidas en esta Póliza) pero no está autorizada a ser renovada.

La rescisión de la cobertura bajo esta Póliza puede iniciarse a través de la Asociación (actuando también en nombre del Asegurador) y en las siguientes circunstancias:

- En el caso de no pago de las primas por el Miembro principal cómo se establece en la Sec. 37 y 38 de la Ley de contrato de seguro alemana;
- otorgando tres (3) meses antes del aviso, en la fecha de rescisión del certificado de membrecía o en el evento de rescisión especificado en la Póliza, lo que sea que ocurra antes;
- Con efecto inmediato, en la fecha en la que el miembro primario cesa de ser elegible para ser un miembro de la Asociación; o
- Siguiendo un plan de recuperación o una liquidación obligatoria de la Asociación.

En el caso de la rescisión de la Póliza maestra, si la Asociación se compromete con una empresa aseguradora diferente para cumplir con la cobertura de la Póliza que estaba en vigor en un momento de dicha rescisión, dicha cobertura ya no será cobertura por el Asegurador actual, sujeto al consentimiento del Miembro principal. Esta cláusula no deroga ninguna otra provisión acordada entre las partes con respecto al período de vigencia de la cobertura bajo esta Póliza.

Si un Miembro principal y/u otra Persona cubierta pierden

elegibilidad para la cobertura, el Asegurador puede otorgar un período de gracia de hasta noventa (90) días de cobertura adicional, en función del pago de primas.

Se considerará que las Personas cubiertas pierden sus derechos bajo la Póliza en el momento que el Miembro principal deja de ser un miembro o, cómo se describe en la Póliza, lo que pase antes.

PAGO DE LA PRIMA

Las primas las paga el Miembro principal, ya sea mensualmente, trimestralmente, bianualmente o anualmente y vencen para el Miembro principal el primer día del período calendario con el que se relacionan.

IMPAGADO

En el caso de que el Miembro principal no pague las primas al completo dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento, la cobertura puede anularse los treinta (30) días después de que el Asegurador o el Administrador del plan haya enviado una carta certificada al Miembro principal constituyendo un aviso formal de dicha renuncia. Si dentro del período, el Miembro principal ha hecho el pago retrasado, el aviso de renuncia ya no será efectivo.

RECLAMACIONES

En el caso de un desacuerdo o queja con el Asegurador relacionada con los términos generales y las condiciones de la Póliza, la Asociación, el Miembro principal y la Persona cubierta se pondrán en contacto primero con su representante en el Administrador del plan en la siguiente dirección:

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10
20355 Hamburgo, Alemania
Correo electrónico: kundenbetreuung@passportcard.de

Si la solución propuesta no cumple con las expectativas del Miembro principal y/o de la Persona cubierta, el Administrador del plan puede elevar la reclamación al Asegurador en la dirección listada a continuación. El Asegurador responderá a dicha reclamación dentro de un marco temporal razonable.

AWP Health & Life S.A., Client relations
Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar 93400, Saint Ouen, Francia
Correo electrónico: client.care@allianzworldwidecare.com

El Miembro principal o la Persona cubierta se pondrán en contacto primero con su representante en el

Administrador del plan. Si la solución propuesta no cumple con las expectativas del Miembro principal y/o la Persona cubierta, el Administrador del plan puede enviar la reclamación al Asegurador, en la dirección indicada anteriormente. El Asegurador responderá a dicha reclamación dentro de un marco temporal razonable.

El Miembro principal o las otras Personas cubiertas también tienen la opción de solicitar mediación del Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung para disputas relacionadas con el seguro de salud de esta Póliza.

Las reclamaciones pueden enviarse a la autoridad reguladora alemana, Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, en la siguiente dirección:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Teléfono: +49 (0) 228 / 4108 - 0
Fax: + 49 (0)228 4108-1550
Correo electrónico: poststelle@bafin.de
<https://www.bafin.de>

Además, AWP Health & Life SA es firmante de la carta de mediación de la Federación Francesa de Empresas Aseguradoras. Por consiguiente, en el caso de un desacuerdo persistente y definitivo, la Asociación y/o el Miembro principal u otra Persona cubierta tiene la opción, después de agotar todos los medios amistosos posibles, a optar por recurrir al Mediador de la Federación Francesa de Empresas Aseguradoras, sin perjuicio de otra posible acción legal, con quien puede ponerse en contacto en la siguiente dirección:

La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110, 75 441 Paris Cedex 09
<https://www.mediation-assurance.org/>

La presentación de una demanda no afecta el derecho a denuncia ante el tribunal civil responsable.

EXCLUSIONES

La Exclusión de la Responsabilidad del Asegurador para los Proveedores de servicios médicos y otros servicios

El Asegurador no es responsable ante la Asociación y/o el Miembro principal y/u otras Personas cubiertas de ningún daño que el Miembro principal y/u otras Personas cubiertas, o un tercero, pudiera sufrir como resultado de la selección del Miembro principal y/u otras Personas cubiertas de y/o referido por el Asegurador a un médico, especialista,

cirujano, anestesista, hospital o cualquier otro proveedor dentro o fuera de la red, y/o como resultado de un acto u omisión del último, o consejo, tratamiento, procedimiento quirúrgico, medicación u otra medida adquirida por ellos, incluyendo no ejecutar un procedimiento quirúrgico y/o no proporcionar tratamiento médico en la fecha indicada por cualquier motivo. Queda claro que los proveedores de servicio no se consideran agentes o empleados del Asegurador.

Pérdida del derecho a un beneficio

El Miembro principal y cada Persona cubierta tiene derecho a presentar reclamaciones directamente con el Asegurador. El Miembro principal y/o otras Personas cubiertas quedan privados de todos los derechos a los beneficios de una reclamación en caso de que el Miembro principal u otra Persona cubierta haga voluntariamente una declaración falsa sobre la reclamación incluyendo la fecha, la naturaleza, las causas, las circunstancias y/o las consecuencias, y/o la cantidad de la pérdida. La pérdida de este derecho también se aplica en el caso de que el Miembro principal u otra Persona cubierta utiliza con conocimiento documentos imprecisos como documentos para apoyar dicha reclamación.

Riesgos excluidos

Cualquier coste que resulte de los siguientes eventos no los cubre el Asegurador:

- Cualquier tipo de exposición a radiación ionizante, contaminación radiactiva, procesos nucleares, material nuclear militar o cualquier tipo de desecho nuclear o sustancia química durante el curso de una actividad ilegítima, y
- las consecuencias de una guerra civil o no civil, una insurrección, un motín, un ataque, una conmoción o actos de terrorismo, sea cual sea el lugar de estos eventos y sus protagonistas, excepto si la Persona cubierta no toma parte activa en dicho evento o si se le solicita realizar un mantenimiento o misión de control para asegurar la seguridad de la gente.

El Asegurador se reserva el derecho a modificar la cobertura bajo la Póliza para uno o más territorios, sujetos al envío a la Asociación con un aviso con quince (15) días de antelación. La Asociación puede rechazar esta modificación y rescindir la Póliza enviando al Asegurador una carta registrada con reconocimiento del recibo treinta (30) días desde la fecha de recepción de la aprobación enviada al Asegurador. La rescisión tendrá efecto el primer día del trimestre natural después de la notificación del rechazo. Cualquier cambio se aplicará a la cobertura

del Miembro principal bajo la Póliza en la siguiente Fecha de aniversario de la Póliza, excepto en el caso de que dicha modificación sea resultado de un cambio en la ley internacional, normativo o legislativo.

Beneficios excluidos

La Póliza no cubre los siguientes beneficios, a menos que el Certificado de membrecía o la Tabla de beneficios estipulen lo contrario:

- Los tratamientos efectivos proporcionados fuera de la zona de cobertura tal como se establece en el Certificado de membrecía.
- Cualquier forma de tratamiento experimental o no controlado que no siga las prácticas médicas tradicionales o habituales, comúnmente aceptadas, a menos que el Asegurador haya dado su consentimiento específico.
- Los costes auxiliares o de «comodidad» en caso de hospitalización (p. ej., teléfono, televisión, hotel, internet, etc.)
- Los tratamientos relacionados con adicción/abuso de sustancias.
- Tratamiento de desintoxicación/detoxificación.
- Cualquier cirugía o tratamiento relacionado con una reasignación de género/reasignación de sexo/confirmación de sexo.
- Chequeos médicos, estudios, tratamientos, consultas y complicaciones relacionados con la esterilidad, esterilización, disfunción sexual, contracepción (incluyendo introducción o retirada de dispositivos anticonceptivos), finalización inducida del embarazo, (excepto en el caso de una interrupción de embarazo clínicamente necesario y llevado a cabo cumpliendo con las leyes locales).
- Cualquier cirugía voluntaria/opcional con fines estéticos/plásticos, excepto la cirugía reconstructiva de pecho después de una enfermedad cubierta.
- Tratamientos estéticos y consultas, curas de rejuvenecimiento, curas de adelgazamiento.
- Curas térmicas y los costes relacionados.
- Los costes médicos relacionados con una estancia en un centro de talasoterapia o centro fitness, incluso si esta estancia es por prescripción médica.
- Costes médicos relacionados con una estancia en una residencia de mayores o en centros de recuperación, excepto si esta estancia es resultado de una hospitalización o una cirugía grave evaluada por el médico del Asegurador.
- Consultas, tratamientos y complicaciones relacionadas con pérdida o trasplante de pelo a menos que este tratamiento sea resultado de una pérdida de pelo provocado por una enfermedad grave.
- Tratamientos para modificar la refracción de un ojo o de ambos (corrección láser), incluyendo queratotomía

refractaria (RK) y queratotomía fotorefractaria (PRK).

- Productos médicos y no médicos sin necesidad de prescripción.
- Diagnóstico y tratamiento de trastornos del sueño, incluyendo tratamiento para la prevención de los trastornos del sueño, equipo médico, exámenes en laboratorios del sueño.
- Una circuncisión que no sea por razones médicas.
- Vacunas para adultos que no sean clínicamente necesarias (p. ej., para viajes o inmigración).
- Tratamientos basados en medicina alternativa y holística salvo disposición de lo contrario en la tabla de beneficios en este documento.
- La atención y/o el tratamiento de enfermedades causadas intencionalmente y/o lesiones autoinflingidas, incluyendo intentos de suicidio, sea el Miembro principal o la Persona cubierta mentalmente sana o no.

LEY APLICABLE

Esta Póliza está regida e interpretada por la ley alemana.

Los Tribunales alemanes tendrán jurisdicción por cualquier disputa que surja de, o en conexión con, esta Póliza. Las denuncias del Asegurador y/o el Administrador del plan pueden interponerse en los tribunales en los que el Miembro principal tenga su residencia habitual. No obstante, los Tribunales alemanes tendrán jurisdicción si el Miembro principal, después del inicio de la cobertura de esta Póliza, ha cambiado su residencia habitual a un lugar fuera de Alemania.

La Póliza actual puede ejecutarse en una o más contrapartes, cada una de las cuales se considerará a todos los efectos original del contrato y todas constituirán el mismo instrumento. Los capítulos 1 a 7 del presente documento se consideran incorporados y forman parte integral de la presente Póliza

La versión inglesa de los Terminos y Condiciones de esta Póliza es el texto definitivo y jurídicamente vinculante y será la única autorizada en caso de contradicción con la versión inglesa. La versión en español se ofrece únicamente a título informativo.

2. Definiciones

Las palabras y expresiones empleadas en este Póliza tendrán los siguientes significados:

Accidente

Cualquier lesión corporal no intencional sufrida por el Miembro principal u otra Persona cubierta y que resulte desde una acción repentina e inesperada de una causa externa hasta la exclusión de enfermedades agudas o crónicas.

Aparatos

Equipo médico duradero que:

- puede utilizarse más de una vez,
- se utiliza para servir un fin médico,
- no se utiliza en ausencia de una afección, enfermedad o lesión, y
- es adecuado para ser utilizado en la vida diaria/el hogar.

Formulario de solicitud

Un formulario de solicitud para convertirse en un Miembro primario de la Póliza. El formulario de solicitud se completará con todos los datos necesarios, incluyendo los nombres de cada una de las Personas cubiertas que solicitan la cobertura bajo la Póliza del Miembro principal, y una declaración de salud y renuncia a la confidencialidad médica firmadas por el Miembro principal y cada Persona cubierta (según corresponda) mayor de 18 años. Una declaración telefónica otorgada por el alicante se considera una firma válida si la llamada se graba con el consentimiento del Miembro principal.

Costes de parto

Costes médicos incurridos relacionados con un parto vaginal rutinario así como parto por cesárea cuando sea clínicamente necesario. Las complicaciones las cubrirá el beneficio de «hospitalización».

Costes de cuidado infantil

Niñeras, guardería, cuidador y/o otros costes relacionados con la supervisión de un hijo/hijos menores de 18 de una Persona cubierta en las siguientes situaciones:

1. Si el hijo/los hijos quedan en el País de destino mientras que la Persona cubierta y su Cónyuge están fuera del País de destino debido a un tratamiento médico,
2. durante una Hospitalización cubierta de un progenitor que sea Persona cubierta, o
3. si el hijo/los hijos no están con la Persona cubierta o su Cónyuge durante un viaje de retorno cubierto que se retrasa.

Copago

Cantidad fija o porcentaje del coste de un servicio cubierto que pague la Persona cubierta directamente al proveedor de servicios en el momento del tratamiento, tal como se indica en la tabla de beneficios. El copago no está vinculado al coseguro.

Coseguro

Porcentaje del coste de un servicio cubierto que debe pagar la Persona cubierta. La Persona cubierta comparte este coste con el Asegurador. Puede haber una cantidad máxima de coseguro a pagar por la Persona cubierta, tal como se indica en la tabla de beneficios.

Afección congénita

Cualquier dolencia o enfermedad, anomalía, defecto de nacimiento, nacimiento prematuro o malformación presente al nacimiento, incluyendo cualquier afección relacionada, esté o no diagnosticada.

Visitas de familiares al hospital

El coste de vuelo y hotel, para el viaje de un miembro de la familia, para visitar a la Persona cubierta que recibe actualmente Tratamiento médico.

País de destino

El país, fuera del País de origen y del País de residencia (si es aplicable), indicado en el Formulario de solicitud, en el que la Persona cubierta pretende estar por un periodo de más de sesenta (60) días consecutivos, o en el que el Miembro primario ya reside, y en base a la información, el Asegurador ha acordado aceptarlo en la Póliza de seguro.

País de residencia

País en el que la Persona cubierta reside legalmente y en el que tiene una dirección permanente (cuando sea aplicable).

Persona cubierta

Una Persona cubierta es el Miembro principal y/u otra persona cubierta a través de la cobertura del Miembro principal como un Dependiente del Miembro principal, tal como se define en este documento.

Fecha de ocurrencia del Evento asegurado

La fecha real en la que la Persona cubierta recibió un tratamiento médico y/u otro servicio relevante.

Fecha de incidencia del Evento asegurado

La fecha real en la que la Persona cubierta recibió un tratamiento médico y/u otro servicio relevante.

Dependiente

Un dependiente se describe como sigue:

a. Pareja por unión civil/Cónyuge

Pareja no separada legalmente del Miembro principal o su pareja por unión civil registrada, o Pareja con la que cohabita, tal como se registra ante la autoridad normativa apropiada.

b. Pareja con la que cohabita (Pareja de hecho/pareja)

Cónyuge no separado legalmente del Miembro principal o su pareja por unión civil registrada, o la pareja con la que cohabita, según el registro de la autoridad reguladora correspondiente.

- estando ambos individuos libres de vínculos matrimoniales, y
- Cohabitación que ha sido declarada por el Principal asegurado al Titular de la Póliza, que comunicará dicha información al Asegurador en el momento del registro.

c. Hijo/hijos dependientes

Hijo/hijos solteros del Miembro principal y aquellos de su cónyuge (o pareja de hecho o pareja civil) hasta los 18 años, que conviven con el Miembro principal, ya sean legítimos, reconocidos, adoptados o a cargo, incluyendo menores que estén bajo la protección del Miembro principal.

- La edad límite de 18 años se extiende a los 24 para Hijos dependientes que sean estudiantes a tiempo completo.
- La edad límite de 18 queda anulada para Hijos dependientes discapacitados/deficientes, reconocidos por la agencia gubernamental local correspondientes como dependientes legales del Miembro principal.

Tratamiento electivo

Tratamiento o procedimiento del que se conocía la necesidad y la admisión de la Persona cubierta en una clínica que no está basada en una derivación de urgencias como evento urgente, en lugar de una derivación de un médico especialista extrahospitalario (incluyendo la clínica ambulatoria de un hospital).

Tratamiento dental de emergencia después de un Accidente

Tratamiento dental proporcionado dentro de los quince (15) días posteriores a un Accidente, consistente en reemplazar el diente saludable y natural dañado o perdido.

Emergencia

Palabra utilizada en caso de Accidente, desastre natural y/o aparición o agravamiento repentino de una enfermedad para la que la Persona cubierta requiere medidas y tratamiento médico inmediato. Inmediato significa dentro de las

cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la causa directa de la emergencia.

País de origen

País declarado como País de origen en el Formulario de solicitud del que el Miembro principal es portador de pasaporte y/o en el que el Miembro principal tiene una dirección permanente.

Hospital

Institución médica, quirúrgica o psiquiátrica que sea reconocida por el organismo de gobierno local como un hospital público o privado.

Hospitalización

Estancia dentro de un Hospital con fines de diagnóstico y/o para realizar una operación de emergencia o electiva, incluyendo exámenes y/o relacionados con medicaciones con el fin de la hospitalización, todo supervisado por el facultativo responsable. La hospitalización incluye:

- Hospitalización en una instalación de salud pública o privada
- Operaciones de cirugía durante la hospitalización, incluyendo cuidado médico relacionado con la lesión y cirugía realizada bajo anestesia local o general.
- Costes auxiliares médicos o paramédicos en los que se incurra durante la Hospitalización
- Transporte del paciente*
- Cualquier otro tratamiento médico en un Hospital, y
- IRM, PET Scan o pruebas de imagen similares.

*En caso de hospitalización, el transporte se cubre dentro del mismo país entre la casa del paciente o el lugar del Accidente, y la instalación de salud más cercana ubicada dentro del mismo país. También se cubre si la afección del paciente hospitalizado requiere su traslado de una instalación de salud anfitriona a otra instalación de salud cercana.

Proveedor de red

Hospital, médico u otro proveedor del servicio, que ha establecido un contrato con el Administrador del plan, y del que se indicará el nombre en una lista publicada periódicamente creada por el Administrador del plan.

Ingreso hospitalario / hospitalización

Tratamiento por razones médicas que normalmente significa que debe permanecer en las instalaciones del Hospital toda la noche o más (sin incluir la espera en urgencias o esperando por un diagnóstico).

Evento asegurado

Un servicio médico o de otra naturaleza proporcionado a la Persona cubierta siguiendo necesidades médicas tal como se indica en la tabla de beneficios.

Implantes

Implantes dentales (metales o cerámicos) que está integrado como sustituto para la raíz de un diente o para una mandíbula sin dientes.

Atención a largo plazo

Los servicios para una Persona cubierta que no puede cuidar de si misma y requiere asistencia de un tercero mientras está en el Hospital, en el hospicio, enfermería o enfermera en un alojamiento personal de la Persona cubierta.

Coseguro máximo de los miembros

La cantidad máxima de coseguro de un Miembro cubierto deberá pagarse durante un año, si procede, tal como se indica en la tabla de beneficios.

Partos (sin Complicaciones) y cuidado materno

Un estado normal de embarazo de la Persona cubierta, incluyendo control del embarazo, del parto y tratamiento de la madre y del hijo, incluyendo un control médico de rutina posnatal de la madre. En este sentido, «un estado normal de embarazo» es el curso del embarazo hasta el parto sin intervención médica más allá de los controles rutinarios de acuerdo con el criterio aceptado, incluyendo un niño sano nacido por parto vaginal (incluyendo forceps o parto con succión).

Atención materna - Complicaciones del embarazo y del parto

Cualquier estado anormal de embarazo; aborto (distinto de aquel por razones personales y/o socio-económicas); Un parto anormal; en este sentido, las siguientes situaciones médicas se considerarán complicaciones del embarazo: preeclampsia, toxemia, infección renal, diabetes gestacional, anemia, infección de vejiga, ubicación y/o ruptura de la placenta, desgarro en el útero, infección de la placenta, endometriosis, parto tardío (42 semanas o más), sensibilidad de RH en la sangre del feto, dolores de parto prematuro, ruptura prematura de membrana (más de 12 horas antes del parto), el cuello del útero ha dejado de extenderse, dolores de parto durante más de 20 horas, muerte fetal, embarazo ectópico, vómitos graves o asociados a patologías similares. En este sentido, las siguientes afecciones se consideran complicaciones del parto y/o del feto, y/o recién nacido: cesárea, presentación anómala del feto, inducción del parto por razones médicas, anomalía en el líquido amniótico, ritmo cardíaco rápido o lento, prolapso del cordón umbilical, embolismo del líquido amniótico en los pulmones, un peso en el nacimiento por debajo de 2 kg, un nacimiento prematuro (antes de la semana 37 de embarazo), parto con la madre bajo anestesia general, anomalías congénitas, patologías similares o asociadas.

Evacuación médica y repatriación

Transporte de emergencia por mar o aire, como resultado del estado de salud de la Persona cubierta, a un Hospital o al aeródromo más cercano al Hospital al que sea derivada la Persona cubierta, o transportada a su país de origen, todo a criterio del Administrador del plan, incluyendo una evacuación por tierra de emergencia que fuera necesario antes o después del transporte.

Es obligación del Administrador del plan de conformidad con esta Sección solo si se cumplen las condiciones acumulativas indicadas a continuación:

- a. La Persona cubierta necesita tratamiento médico esencial para salvar su vida.
- b. El tratamiento médico esencial no puede administrarlo la Persona cubierta en el lugar donde está ubicada.
- c. El transporte que no sea evacuación de emergencia es probable que termine en la muerte de la Persona cubierta.
- d. Que lo indicado en los párrafos anteriores sea solicitado por un especialista y autorizado a criterio del Administrador del plan.

Proveedor médico/Proveedor de servicios médicos

Los facultativos médicos que proporcionan tratamiento y los proveedores médicos y las instalaciones médicas autorizados por el organismo de gobierno local.

Proveedor fuera de red

Hospital, médico u otro proveedor del servicio, que no ha establecido un contrato con el Administrador del plan.

Atención extrahospitalaria

Tratamiento médico ofrecido en un Hospital o una clínica ambulatoria reconocida como institución médica oficial por la jurisdicción local en la que la Persona cubierta recibe el tratamiento, de conformidad con los términos de esta Póliza. El tratamiento ambulatorio que dure más de 4 horas (p, ej. diálisis) se considera hospitalización.

Cónyuge

Pareja por unión civil/cónyuge o pareja de cohabitación tal como se describió anteriormente.

Enfermedad médica previa o pre-existente

Cualquier afección médica diagnosticada antes de completar el Formulario de solicitud. El diagnóstico puede darse en el formulario de un diagnóstico médico documentado (sin límite de tiempo) o un procedimiento médico documentado que sea realizado en los seis meses anteriores a la fecha de envío del Formulario de solicitud.

Miembro principal

La persona que completó el Formulario de solicitud, aprobada para la cobertura de la Póliza por parte de la

Asociación, y principal asegurado bajo la Póliza.

Tratamiento psiquiátrico

Tratamiento médico necesario para tratar una afección mental diagnosticada de la Persona cubierta, incluyendo trastornos de la alimentación por alguien legalmente cualificado y que tenga permitido practicar la Psiquiatría en el país donde se recibe el tratamiento.

Tratamiento de psicoterapia

Tratamiento médico necesario para tratar una afección diagnosticada de la Persona cubierta, proporcionado por alguien legalmente cualificado y que tenga permitido practicar la Psicoterapia en el país donde se recibe el tratamiento.

Repatriación de restos

Esto incluirá la repatriación de los restos mortales de la Persona cubierta a su País de origen.

Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización

Una cantidad pagable por parte de la Póliza cada día pasado en un Hospital en el caso de que una Persona cubierta no reclame beneficios de la Póliza para un tratamiento cubierto bajo la Póliza.

Trasplantes

Los trasplantes están sujetos a la autorización previa por escrito del Administrador del plan y debe ejecutarse en un Proveedor de la red. Los máximos beneficios indicados en la tabla de beneficios incluyen la evaluación de un médico especialista antes del trasplante, el procedimiento del trasplante, cualquier tratamiento posterior y el coste de recoger el órgano en un Hospital distinto de una compra o adquisición efectiva de un órgano o tejido.

Periodo de espera

Cualquier periodo, indicado en días o meses, empezando el día de entrada en vigor de la Póliza, durante el que la Persona cubierta puede no estar cubierta para servicios médicos específicos de conformidad con la tabla de beneficios.

3. Tabla de beneficios

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
HOSPITALIZACIÓN			
Alojamiento	General	Semiprivado	Privado
Tratamiento médico, cirugía y tarifas de anestésicos	✓	✓	✓
Imágenes - Servicios de diagnóstico y consulta	✓	✓	✓
Cirugía ambulatoria en lugar de tratamiento con internación	✓	✓	✓
Alojamiento para los progenitores durante el tratamiento con hospitalización en menores de edad	✓	✓	✓
Atención a largo plazo	Hasta 20 días	Hasta 40 días	Hasta 60 días
Diálisis	✗	✓	✓
Trasplantes de médula ósea y órganos	Hasta 150,000 € de por vida	Hasta 250,000 € de por vida	✓
Cáncer: Fármacos y tratamientos oncológicos, incluyendo cirugía reconstructiva para cáncer de mama	✓	✓	✓
Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización	✗	✗	Hasta 100 € la noche
Tratamiento con internación por trastornos mentales o nerviosos (12 meses de periodo de espera; requiere pre-aprobación)	Hasta 5,000 € o 30 días por año / 15 000 máx. o 90 días de por vida (la menor de las dos)	Hasta 10,000 €	✓
Fisioterapia, incluyendo mensajes (requiere pre-aprobación)	✓	✓	✓
Otras terapias con ingreso hospitalario (incluye ergoterapia, fototerapia, hidroterapia, inhalación, paquetes, baños medicinales, crioterapia, termoterapia, electroterapia, cardio rehabilitación)	✓	✓	✓
Ayudas y aparatos médicos prescritos	✗	Hasta 5,000 €	Hasta 5,000 €
Medicinas y fármacos prescritos para hospitalizaciones	✓	✓	✓
Transporte al hospital adecuado más cercano para el tratamiento inicial después de un accidente o de una emergencia	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
TRATAMIENTO AMBULATORIO			
Tratamiento médico	Cubierto como se indica a continuación	Cubierto como se indica a continuación	Cubierto como se indica a continuación
Visitas a la oficina	Hasta 1,000 €	✓	✓
Enfermedad crítica, después de un tratamiento con internación	✗	✓	✓
Tratamiento del cáncer	✓	✓	✓
Mantenimiento de afecciones crónicas	✗	✓	✓
Imágenes - Servicios de diagnóstico y consulta	✗	✓	✓
Tratamiento psiquiátrico	✗	✗	✓
Psicoterapia	✗	✗	Periodo de espera de 12 meses, solo por un psiquiatra titulado (MD)
Fisioterapia, incluyendo mensajes	✗	✗	Hasta 12 visitas por año (combinado con acupuntura)
Otras terapias ambulatorias	✗	✗	Hasta 12 sesiones
Logopedia	✗	✗	Periodo de espera de 12 meses, con hasta 30 sesiones cubiertas por año si está preaprobado
Acupuntura (técnica de agujas), homeopatía, osteopatía, quiropráctica y medicina china tradicional (TCM) ¹	✗	✗	Hasta 12 visitas por año (combinado con fisioterapia), si está preaprobado
Ayudas y aparatos médicos prescritos	✗	Hasta 5,000 €	Hasta 5,000 €
Ayudas ópticas, incluyendo una prueba ocular	✗	✗	Hasta 300 € en 24 meses, examen ocular hasta 200 € por año
Ayuda auditiva	✗	✗	Periodo de espera de 48 meses si no está causado por un accidente, hasta 5000 € de por vida
Medicinas y fármacos prescritos para regímenes ambulatorios	Hasta 500 €	Hasta 50,000 €	Hasta 50,000 €
Fármacos de venta libre (FVL)	✗	✗	Hasta 100 €
Terapia de fármacos para SIDA y VIH, incluyendo ART	Hasta 50,000 €	Hasta 50,000 €	✓
Transporte al médico adecuado más cercano para el tratamiento inicial después de un accidente o de una emergencia	✓	✓	✓

¹ TCM en China requiere aprobación cada 10 sesiones

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
SERVICIOS DE MATERNIDAD (PERIODO DE ESPERA DE 12 MESES)			
Cuidado de maternidad y parto, servicios de una comadrona o una enfermera obstétrica, intrahospitalario y ambulatorio	✗	Hasta 5000 € por nacimiento, la cesárea se cubre si fuera médicamente necesaria	Hasta 25 000 € por nacimiento, la cesárea se cubre si fuera médicamente necesaria
Complicaciones del embarazo y del parto	✗	Hasta 100,000 €	✓
Beneficio en efectivo para partos extrahospitalarios	✗	✗	500 € por niño nacido
Cuidado del recién nacido (Debemos recibir información dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. Sujeto a suscripción con el máximo riesgo de 100 %)	✗	Asegurado en Póliza propia	Asegurado en Póliza propia
Afecciones congénitas del recién nacido	✗	✓	✓
Tratamiento de infertilidad	✗	✗	Hasta 5,000 € de por vida
BIENESTAR			
Buen cuidado infantil	✗	✓	✓
Comprobaciones de salud (adulto)	✗	Hasta 200 €	Hasta 1,000 €
Vacunaciones e inmunización (adultos)	✗	Hasta 100 €	Hasta 500 €
Vacunaciones e inmunización (niños)	✗	✓	✓
REHABILITACIÓN Y ENFERMERÍA			
Rehabilitación de seguimiento con ingreso hospitalario	✗	Hasta 30 días, requiere pre-aprobación	Hasta 30 días, requiere pre-aprobación
Cuidado de enfermería en casa y ayuda doméstica, en lugar de la estancia hospitalaria	✗	Hasta 14 días	Hasta 14 días
Cuidado de día	✗	✓	✓
Afecciones crónicas	✗	✓	✓
Hospicios	✗	Cubierto, requiere pre-aprobación	Cubierto, requiere pre-aprobación

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
COBERTURA DENTAL			
Tratamiento dental accidental/de emergencia	Hasta 3,000 €	Hasta 6,000 €	Hasta 6,000 €
Límite dental general excluyendo emergencias	✗	2,000 € límite general (1er año- la mitad de la cantidad)	5,000 € límite general (1er año- la mitad de la cantidad)
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS			
Dos chequeos o exámenes por año asegurado	✗	✓	✓
Rayos X	✗	✓	✓
Limpieza dental	✗	✗	✓
Tratamiento de la mucosa oral y del periodonto	✗	✗	✓
Empastes simples	✗	✓	✓
Cirugía, extracciones, tratamiento de conducto	✗	✗	✓
Férula de descarga	✗	✓	✓
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Dentaduras (p. ej., prótesis, puentes y coronas, incrustaciones)	✗	✗	✓
Implantes	✗	✗	✓
Tratamiento de ortodoncia - hasta 18 años de edad	✗	✗	50 % copago
Materiales y trabajo del laboratorio dental	✗	✗	✓
Plan de tratamiento	✗	✗	✓
ASISTENCIA			
Teléfono 24 horas y servicio de correo electrónico con consejeros, médicos y especialistas experimentados	✓	✓	✓
Información de infraestructura médica (cuidado médico local y nombres y direcciones de médicos que hablan varios idiomas)	✓	✓	✓
Apoyo e información de nuestro servicio médico (segunda opinión, control del curso de la enfermedad)	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
Garantía de pago (GOP) (preparación para una estancia en hospital)	✓	✓	✓
Servicios en línea	✓	✓	✓
Apoyo médico adicional apropiado (información sobre la naturaleza, causas posibles y tratamiento posible de una enfermedad)	✓	✓	✓
Ayuda con problemas psicológicos causados posiblemente por la estancia en el País de destino	✗	✗	✓
Transporte al hospital tras una emergencia	✓	✓	✓

ASISTENCIA ADICIONAL, REPATRIACIÓN, EVACUACIÓN Y COBERTURA FUERA DEL PAÍS DE DESTINO

Evacuación médica y repatriación (solo proveedores de red, coordinado por el asegurador)	✓	✓	✓
Devolver al País de destino después de la evacuación/repatriación	Hasta 2,000 € por familia	Hasta 2,000 € por familia	Hasta 2,000 € por familia
Tratamiento de urgencia fuera de la zona de cobertura	60 días de cobertura	60 días de cobertura	60 días de cobertura
Retorno del Dependiente acompañante al país de destino si la Persona cubierta es evacuada durante el viaje	✗	Hasta 1,000 €	Hasta 2,000 €
Retorno del/de la acompañante al país de origen si la Persona cubierta es evacuada/repatriada durante el viaje	✗	✗	Hasta 2,000 € por familia
Costes de cuidado infantil	✗	300 € por día hasta 4 días	300 € por día hasta 8 días
Visita de familiares al hospital	✗	✗	1 viaje por afección, hasta 1,500 €
Viaje de vuelta retrasado	✗	✗	Hasta 4,000 €
Repatriación al País de origen en caso de exceder el límite de la Póliza	Solo para Persona cubierta y solo para cuidado ambulatorio que está cubierto en el plan Premium y que supera los 10,000 €. Se pagan hasta 2,000 €.	✓	✓
Repatriación de restos	Hasta 20,000 €	Hasta 20,000 €	Hasta 20,000 €

Las cantidades anteriores aplican por persona y año de seguro,

Todos los beneficios están sujetos a los Términos de la Póliza, a las condiciones, exclusiones y UCR - gastos habituales, rutinarios y razonables.

RIDER OPCIONAL

La evacuación médica Rider puede agregarse a todos los planes

El límite de la cobertura general para todos los eventos asegurados (excepto si se indica lo contrario en la tabla siguiente) es de 1,000,000 € durante toda la vida de la Póliza o esta extensión. Siempre que se menciona un límite de cobertura específico, se aplicará el límite específico.

TIPO DE SERVICIO	LÍMITE MÁXIMO	
Gastos básicos por un acompañante	50 € por día / 500 € por toda la estancia con el miembro asegurado	
Billete de avión para un acompañante	1,300 € por cada evento asegurado	
Reembolso adicional por el retorno al País de destino	2,500 € por cada evento asegurado	
Menores en avión al País de origen o a donde haya sido evacuada la Persona cubierta - reembolso del billete de avión	1,600 € por menor	hasta 3 menores por evento asegurado
Gastos básicos para menores cuando vuelen a la ubicación de evacuación de la Persona cubierta	50 € por día / 500 € por toda la estancia con el miembro asegurado	Por cada menor por separado
Tratamiento continuo / observación - gastos básicos para la Persona cubierta	50 € por día / 500 € por todo el periodo	hasta 2 tratamientos / observaciones por evento asegurado
Tratamiento continuo / observación - gastos básicos para la Persona cubierta	1,300 € por evento asegurado	<ul style="list-style-type: none"> Ticket de ida y vuelta solo desde el lugar de domicilio del miembro asegurado al lugar donde fue tratado después de la evacuación inicial. Solo vuelos comerciales regulares en clase económica

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 \$	3,500,000 \$	5,000,000 \$
NIVEL DE REEMBOLSO			
En red	80%	90%	100%
Fuera de la red	60%	70%	80%
COASEGURO MÁXIMO POR MIEMBRO EN LA RED			
Por año asegurado	10,000 \$	5,000 \$	n/a
HOSPITALIZACIÓN			
Alojamiento	General	Semiprivado	Privado
Tratamiento médico, cirugía y tarifas de anestésicos	✓	✓	✓
Imágenes - Servicios de diagnóstico y consulta	✓	✓	✓
Cirugía ambulatoria en lugar de tratamiento con internación	✓	✓	✓
Alojamiento para los progenitores durante el tratamiento con hospitalización en menores de edad	✓	✓	✓
Atención a largo plazo	Hasta 20 días	Hasta 40 días	Hasta 60 días
Diálisis	✗	✓	✓
Trasplantes de médula ósea y órganos	Hasta 150,000 \$ de por vida	Hasta 250,000 \$ de por vida	✓
Cáncer: Tratamiento y fármacos oncológicos, incluyendo cirugía reconstructiva para el cáncer de mama	✓	✓	✓
Indemnización diaria sustitutiva por hospitalización	✗	✗	Hasta 100 \$ la noche
Tratamiento con internación por trastornos mentales o nerviosos (12 meses de periodo de espera; requiere pre-aprobación)	Hasta 5,000 \$ o 30 días por año / 15,000 \$ máx. o 90 días de por vida (la menor de las dos)	Hasta 10,000 \$	✓
Fisioterapia, incluyendo masajes (Requiere aprobación previa)	✓	✓	✓
Otras terapias con ingreso hospitalario (incluye ergoterapia, fototerapia, hidroterapia, inhalación, paquetes, baños medicinales, crioterapia, termoterapia, electroterapia, termoterapia, electroterapia, cardio rehabilitación)	✓	✓	✓
Aparatos médicos prescritos	✗	Hasta 5,000 \$	Hasta 5,000 \$
Medicinas y fármacos prescritos	✓	✓	✓

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
Transporte al hospital adecuado más cercano para el tratamiento inicial después de un accidente o de una emergencia	✓	✓	✓
TRATAMIENTO AMBULATORIO			
Tratamiento médico	Cubierto como se indica a continuación	Cubierto como se indica a continuación	Cubierto como se indica a continuación
Visitas a la oficina	Hasta 1,000 \$	✓	✓
Enfermedad crítica, después de un tratamiento con internación	✗	✓	✓
Tratamiento del cáncer	✓	✓	✓
Mantenimiento de afecciones crónicas	✗	✓	✓
Imágenes - Servicios de diagnóstico y consulta	✗	✓	✓
Tratamiento psiquiátrico	✗	✗	✓
Psicoterapia	✗	✗	Periodo de espera de 12 meses, solo por un psiquiatra titulado (MD)
Fisioterapia, incluyendo mensajes	✗	✗	Hasta 12 visitas por año (combinado con acupuntura)
Otras terapias ambulatorias	✗	✗	Hasta 12 sesiones
Logopedia	✗	✗	Periodo de espera de 12 meses, con hasta 30 sesiones cubiertas por año si está pre-aprobado
Acupuntura (técnica de agujas), homeopatía, osteopatía, quiropráctica y medicina china tradicional (TCM) ²	✗	✗	Hasta 12 visitas por año (combinado con fisioterapia)
Ayudas y aparatos médicos prescritos	✗	5,000 \$	5,000 \$
Ayudas ópticas, incluyendo una prueba ocular	✗	✗	Hasta 300 \$ en 24 meses, examen ocular hasta 200 \$ por año
Ayuda auditiva	✗	✗	Esperar un periodo de 48 meses si no está causado por un accidente, hasta 5,000 \$ de por vida
Medicinas y fármacos prescritos para tratamiento ambulatorio (sustitución genérica a menos que DAW; 2 meses de copago durante 3 meses de suministro en pedido por correo)	Límite hasta 100,000 \$. Copago de 10 \$ marca nombre fármaco; 0 % genérico	Límite hasta 100 000 \$. Copago de 10 \$ marca nombre fármaco; 0 % genérico	Límite hasta 100,000 \$. Copago de 10 \$ marca nombre fármaco; 0 % genérico
Fármacos de venta libre (FVL)	✗	✗	Hasta 200 \$ Copago de 10 \$ marca nombre fármaco; 0 % genérico
Terapia de fármacos para SIDA y VIH, incluyendo ART	Hasta 100,000 \$	Hasta 100,000 \$	✓
Transporte al médico adecuado más cercano para el tratamiento inicial después de un accidente o de una emergencia	✓	✓	✓

² TCM en China requiere aprobación cada 10 sesiones

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
SERVICIOS DE MATERNIDAD (PERIODO DE ESPERA DE 12 MESES)			
Cuidado de maternidad y parto, servicios de una comadrona o una enfermera obstétrica, intrahospitalario y ambulatorio	✗	Hasta 10,000 \$ por nacimiento, la cesárea se cubre si fuera médicamente necesaria	Hasta 25,000 \$ por nacimiento, la cesárea se cubre si fuera médicamente necesaria
Complicaciones del embarazo y del parto	✗	Hasta 200,000 \$	✓
Beneficio en efectivo para partos extrahospitalarios	✗	✗	500 \$ por niño nacido
Cuidado del recién nacido. (Debemos recibir información dentro de los 60 días posteriores al nacimiento. Sujeto a suscripción con el máximo riesgo de 100 %)	✗	Asegurado en Póliza propia	Asegurado en Póliza propia
Afecciones congénitas del recién nacido	✗	✓	✓
Tratamiento de infertilidad	✗	✗	Hasta 10,000 \$ de por vida
BIENESTAR			
Buen cuidado infantil	✗	✓	✓
Comprobaciones de salud (adulto)	✗	Hasta 400 \$	Hasta 2,000 \$
Vacunaciones e inmunización (adultos)	✗	Hasta 200 \$	Hasta 1,000 \$
Vacunaciones e inmunización (niños)	✗	✓	✓
REHABILITACIÓN Y ENFERMERÍA			
Rehabilitación de seguimiento con ingreso hospitalario	✗	Hasta 30 días, requiere pre-aprobación	Hasta 30 días, requiere pre-aprobación
Cuidado de enfermería en casa y ayuda doméstica, en lugar de la estancia hospitalaria	✗	Hasta 14 días	Hasta 14 días
Cuidado de día	✗	✓	✓
Afecciones crónicas	✗	✓	✓
Hospicios	✗	Cubierto, requiere aprobación previa	Cubierto, requiere aprobación previa

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
DENTAL³			
Tratamiento dental accidental/de emergencia	Hasta 5,000 \$	Hasta 8,000 \$	Hasta 8,000 \$
Límite dental general excluyendo emergencias	✗	2,000 \$ límite general (1er año-la mitad de la cantidad)	5,000 \$ límite general (1er año-la mitad de la cantidad)
SERVICIOS DENTALES BÁSICOS			
Dos chequeos o exámenes por año asegurado	✗	✓	✓
Rayos X	✗	✓	✓
Limpieza dental	✗	✗	✓
Tratamiento de la mucosa oral y del periodonto	✗	✗	✓
Empastes simples	✗	✓	✓
Cirugía, extracciones, tratamiento de conducto	✗	✗	✓
Férula de descarga	✗	✓	✓
SERVICIOS DENTALES MAYORES			
Dentaduras (p.ej., prótesis, puentes y coronas, incrustaciones)	✗	✗	✓
Implantes	✗	✗	✓
Tratamiento de ortodoncia - hasta 18 años de edad	✗	✗	50 % copago
Materiales y trabajo del laboratorio dental	✗	✗	✓
Plan de tratamiento	✗	✗	✓
ASISTENCIA			
Teléfono 24 horas y servicio de correo electrónico con consejeros, médicos y especialistas experimentados	✓	✓	✓
Información de infraestructura médica (cuidado médico local y nombres y direcciones de médicos que hablan varios idiomas)	✓	✓	✓
Apoyo e información de nuestro servicio médico (segunda opinión, control del curso de la enfermedad)	✓	✓	✓

³ Tratamiento dental ambulatorio en EE. UU. es considerado fuera de la red, se aplica el nivel de reembolso respectivo.

	Compact	Comfort	Premium
Servicios médicos	Beneficio Máximo		
Por año asegurado	1,000,000 €	3,500,000 €	5,000,000 €
Garantía de pago (GOP) (preparación para una estancia en hospital)	✓	✓	✓
Servicios en línea	✓	✓	✓
Apoyo médico adicional apropiado (información sobre la naturaleza, causas posibles y tratamiento posible de una enfermedad)	✓	✓	✓
Ayuda con problemas psicológicos causados posiblemente por la estancia en el País de destino	✗	✗	✓
Transporte al hospital tras una emergencia	✓	✓	✓

ASISTENCIA ADICIONAL, REPATRIACIÓN, EVACUACIÓN Y COBERTURA FUERA DEL PAÍS DE DESTINO

Evacuación médica y repatriación (solo proveedor de red interno, coordinado por el asegurador)	✓	✓	✓
Devolver al País de destino después de la repatriación	Hasta 2,000 \$ por familia	Hasta 2,000 \$ por familia	Hasta 2,000 \$ por familia
Tratamiento de urgencia fuera de la zona de cobertura	60 días de cobertura	60 días de cobertura	60 días de cobertura
Retorno del Dependiente acompañante al país de destino si la Persona cubierta es evacuada durante el viaje	✗	Hasta 1,200 \$	Hasta 2,400 \$
Retorno del/ acompañante al país de origen si la Persona cubierta es evacuada/repatriada durante el viaje	✗	✗	Hasta 2,400 \$ por familia
Costes de cuidado infantil	✗	300 \$ por día hasta 4 días	400 \$ por día hasta 8 días
Visitas de familiares al hospital	✗	✗	1 viaje por afección, hasta 2,000 \$
Viaje de vuelta retrasado	✗	✗	Hasta 4,000 \$
Repatriación en caso de exceder el límite de la Póliza	Solo para la Persona cubierta y solo para cuidado ambulatorio que está cubierto en el plan Premium y que supera los 10,000 \$. Se pagan hasta 2,000 \$.	✓	✓
Repatriación de restos	Hasta 20,000 \$	Hasta 20,000 \$	Hasta 20,000 \$

Las cantidades anteriores aplican por persona y año de seguro, a menos que se indique lo contrario.

Todos los beneficios están sujetos a los Términos de la Póliza, a las condiciones, exclusiones y UCR - gastos habituales, rutinarios y razonables.

RIDER OPCIONAL

La evacuación médica Rider
puede agregarse a todos los planes

El límite general de cobertura para todos los eventos asegurados (excepto si se indica lo contrario en la tabla a continuación) es de 1,000,000 \$ para toda la vida de la Póliza o esta extensión. Siempre que se menciona un límite de cobertura específico, se aplicará el límite específico.

TIPO DE SERVICIO	LÍMITE MÁXIMO	
Gastos básicos por un acompañante	50 \$ por día / 500 \$ por toda la estancia con el miembro asegurado	
Billete de avión para un acompañante	1,300 \$ por cada evento asegurado	
Reembolso adicional por el retorno al País de destino	2,500 \$ por cada evento asegurado	
Menores en avión al País de origen o a donde haya sido evacuada la Persona cubierta para reembolsar del billete de avión	1,600 \$ por menor	Hasta 3 menores por evento asegurado
Gastos básicos para menores cuando vuelen a la ubicación de evacuación de la Persona cubierta	50 \$ por día / 500 \$ por toda la estancia con el miembro asegurado	Por cada menor por separado
Tratamiento continuo / observación - gastos básicos para la Persona cubierta	50 \$ por día / 500 \$ por todo el periodo	Hasta 2 tratamientos / observaciones por evento asegurado
Tratamiento continuo / observación - gastos básicos para la Persona cubierta	1,300 \$ por evento asegurado	<ul style="list-style-type: none"> • Ticket de ida y vuelta solo desde el lugar de domicilio del miembro asegurado al lugar donde fue tratado después de la evacuación inicial. • Solo vuelos comerciales regulares en clase económica

4. Aviso de propiedad de datos – AWP Health & Life SA

AWP Health & Life S. A., como parte del grupo Allianz, es una empresa de seguros autorizada que proporciona productos y servicios de seguros en la frontera.

La Asociación ha suscrito, como tomador del seguro en nombre propio pero en beneficio de sus Miembros en Alemania, para el contrato del grupo que asegura actual, AWP Health & Life SA.

El presente contrato implementa las normativas y requisitos sobre la protección de Datos personales y, durante la recabación de datos, el procesamiento y el uso de los Datos personales en la ejecución y gestión del presente contrato. La protección de datos y la privacidad de aquellos asegurados y de los contratos de AWP Health & Life SA son una prioridad Top. Este aviso privado explica cómo y qué tipo de datos personales se recabarán, por qué se recaban y con quien se comparten o divulgan. Lea este aviso con detenimiento.

Ante un evento, el presente contrato proporciona cobertura de cualquier Dependiente de la categoría de empleados para ser cubierto y/o incluye la declaración de beneficiarios en caso de muerte, según corresponda, el Aviso de privacidad de datos actual debe igualmente comunicarse a través de la Asociación con dicho tercero.

Los datos personales relativos a las Partes en el presente contrato, la categoría de los empleados a cubrir, sus Dependientes y/o beneficiarios, según sea aplicable, y/o cualquier persona viva natural identificada o identificable a quien se relaciona con los datos personales en la presente, en adelante denominada «Sujeto de datos», incluyendo los firmantes de los acuerdos contractuales y los distintos calendarios, exhibiciones, adjuntos y otros documentos a los que se hace referencia o están incorporados en el presente documento, y/o endosos, modificaciones o anexos a este, se utilizan con el único fin de gestionar el mismo, sean o

no por medios automatizados como la recabación, el procesamiento, la grabación, la organización, la limitación del propósito y la minimización de datos, el almacenamiento, la adaptación o alteración, recuperación, consulta, uso, divulgación por transferencia, diseminación o hacerlo disponible de cualquier otra forma, alineación o combinación, seguridad relacionada con la recabación y el procesamiento de datos personales, incluyendo, entre otros, la privacidad y la seguridad del mismo, de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos

del 30 de junio de 2017 (Boletín Oficial Federal I p. 2097), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Códigos de la Seguridad Social de Alemania) y Códigos de seguridad (Sozialgesetzbücher), que incluyen provisiones para procesar datos médicos, sociales y otros datos personales, así como,

Con arreglo a la Sección 213 de la Ley de Contrato de Seguro de Alemania, la Ley de Protección de Datos corregida de Francia n.º 78-17 de 06.01.1978 sobre Tecnología de la información, Archivos de datos y Libertades civiles y todas las leyes y normativas aplicables relacionadas con la protección y el procesamiento de Datos personales, incluyendo la Reglamentación General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679) del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016, en adelante denominado «Reglamento», leyes específicas del sector y guías aplicables y códigos de práctica emitidos por la autoridades de supervisor y tal como se estipula en el presente documento.

Los términos utilizados en el presente documento tendrán el significado dado en la Reglamentación, tal como se definen de aquí en adelante, sobre la protección de las Personas naturales en relación con el procesamiento de datos personales y sobre el movimiento libre de dicha información como resultado del presente contrato, o en conexión con el mismo. «Datos personales» serán cualquier dato personal y/o dato sensible relacionado con los Sujetos de datos. Consulte las Definiciones de aquí en adelante.

Cualquiera y todos los apoyos necesarios, cuando sea aplicable, a los acuerdos contractuales existentes, incluyendo

el presente contrato, todos los contratos de protección de datos relevantes con terceros y contratos de transferencia de datos relacionados con la recabación, procesamiento, uso, almacenamiento y transferencia de cualquier dato personalmente identificable se celebran en la aplicación de todos los aspectos de protección de datos y reglamentos de seguridad de la información, tal como se estipula en el presente documento y en la aplicación de la reglamentación.

Todas las medidas de seguridad necesarias y apropiadas para proteger adecuadamente los Datos personales y los Datos sensibles recabados, procesados y utilizados serán según la aplicación de la Ley de Protección de

Datos Federal del 30 de junio de 2017 (l p. 2097), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), el Código de Seguridad Social de Alemania, la Ley de Protección de Datos corregida de Francia n.º 78-17 de 06.01.1978 sobre Tecnología de la información, Archivos de datos y Libertades civiles y todas las leyes y normativas aplicables relacionadas con la protección y el procesamiento de Datos personales y, en particular en lo que se refiere a Datos sensibles, según corresponda, la implementación de la confidencialidad relacionada con el procesamiento de datos médicos de conformidad con la Reglamentación, el Acuerdo francés AERAS (Seguros y Préstamos con un aumento del Riesgo de la Salud), con entrada en vigor en el 2006, revisada en 1 de febrero de 2011 y el 2 de febrero de 2015 y el Código de conducta adjunto al mismo, así como el Código francés de Ética médica.

Controlador de datos

AWP Health & Life SA, al Asegurador, es el Controlador de datos, tal como se define en los reglamentos y las leyes de protección de datos relevante, y determina los fines y el significado del procesamiento de datos personales en la actuación y gestión del presente contrato.

Procesador de datos

Cuando sea aplicable, el Procesador de datos es un tercero autorizado por un Contrato administrativo y de protección de datos por separado, para recabar, procesar y utilizar información personalmente identificable disponible por parte del Controlador de datos al Procesador de datos o recabada por el Procesador de datos en nombre del Controlador de datos (datos personales) en relación con todos los aspectos de protección de datos y seguridad de la información.

Categorías de los datos personales

Los distintos tipos de datos personales que pueden recabarse y procesarse en la actuación y la gestión del presente contrato por un Controlador o Procesador de datos incluirán, entre otras, la siguiente información:

- Datos personales básicos; incluyendo, nombre completo, estado/título, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, dirección IP a través de la página web sin deshabilitar las cookies, edad, fecha de nacimiento, género, nacionalidad, documento identificativo y/o número de documento de identificación (pasaporte, tarjeta de identidad), firmas;
- datos de empleo básicos y del empleado: incluyendo, número personal, puesto/cargo, estado laboral a tiempo completo/tiempo parcial,
- datos/descripción del puesto, idioma, datos del seguro de salud, título universitario, entidad/titular de la Póliza,

- unidad/división de negocios, ubicación de la oficina, país de origen y país de expatriación, gestor de
- informes, fecha de inicio, horas de trabajo, fechas y datos de reubicación, fecha de finalización y motivos de la rescisión, tipo de contrato: fijo/temporal/permanente, resultados de la correspondencia, resultados de penales relacionados con la prevención de fraude y/o actividades terroristas;
- datos financieros: incluyendo, cuenta bancaria/información de la tarjeta de crédito, información de pago, salario/sueldo, pago de bonos; declaraciones de pagos, beneficios y datos de habilitación, cooperación para compartir datos, alojamiento/reubicación o
- otros subsidios, datos de compensación, reducciones de terceros;
- datos administrativos relacionados con la ausencia, el bienestar y la salud: relacionados con la relación con el titular de la Póliza con
- el Sujeto de datos, como un archivo personal de empleado, incluyendo la información relacionada con la información, registro de ausencia/licencia, datos
- de condición médica o de salud, fisiológica y física, información relacionada con la seguridad e Informes, información relacionada con la salud ocupacional e informes, problemas y reclamaciones, datos de abusos, discapacidad, acceso, datos de requisitos especiales, pensiones, pensión/jubilación por salud, jubilación,
- Datos de afiliaciones, experiencia profesional y educación: datos de vida, que puede incluir información relacionada con la educación y la formación, certificaciones/cualificaciones, idiomas, historia laboral, habilidades, reseñas de premios y actuaciones, y cualquier otra información relacionada con la vida profesional;
- familia, estilo de vida y circunstancias sociales:
- incluyendo estado civil, datos de la familia/pareja/cónyuge/dependientes, datos de contacto de emergencia/familiares, etnia, religión/creencias religiosas, otra diversidad e información de igualdad... Y datos relacionados con la vida personal, que podría incluir información sobre gustos y preferencias u otra información relacionada con la vida personal; y
- datos sensibles: cualquier dato que pueda revelar el origen racial o étnico, las opiniones políticas, las creencias religiosas y filosóficas, las membresías a sindicatos, datos genéticos, datos biométricos, datos relacionados con la salud o datos relacionados con la vida sexual del Sujeto de datos, orientación sexual, incluyendo cuestionarios médicos,
- formularios de enrolamiento, formularios de consentimiento, formularios de declaración de beneficiarios, informes médicos, evaluaciones médicas, certificado de defunción, solicitudes de aprobaciones previas, facturas de gastos médicos, historial de reclamaciones.

Categorías de los sujetos de datos

Los datos personales procesados por el Asegurador o en nombre del Asegurador para realizar sus obligaciones bajo, o en conexión con el presente contrato, según los servicios proporcionados, pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- personal anterior o actual, incluyendo directores, oficiales, empleados, relaciones de empleados, proveedores, Personas naturales (agentes, intermediarios), trabajador de agencia, invitados, aseguradores, subcontratistas, representantes de socios comerciales (proveedores, clientes, corredores, intermediarios), titulares de Póliza, titular de contrato, aseguradores, beneficiarios, familiares y/o dependientes del titular del contrato, aseguradores o beneficiarios siempre que sea aplicable;
- contactos u otro personal de clientes, posibles, vendedores, afiliados, socios comerciales u otras organizaciones relacionadas.

Se refiere a los datos personales y otros datos sensibles necesarios para la suscripción, administración y gestión del presente contrato; los dependientes o beneficiarios, en el caso de muerte, se consideran «Sujetos de datos» con los fines de aplicación de la reglamentación.

Consentimiento

La recabación y el uso de datos personales proporcionados al controlador de datos y a cualquier tercero autorizado, siempre que sea aplicable, puede requerir el consentimiento expreso del sujeto de datos, a menos que indiquen lo contrario la reglamentación y las leyes aplicables:

Finalidad

Consentimiento expreso

La conclusión, la ejecución y el cumplimiento de las obligaciones y derechos de un acuerdo, y la administración de un contrato de seguro (p. ej., valoración, suscripción, gestión de las reclamaciones).	Requerido cuando es necesario. No obstante, cuando esos datos personales sean necesarios para procesarlos para poder suscribirse al seguro y/o procesar una reclamación, AWP Health & Life SA no necesitará obtener el consentimiento expreso del sujeto de datos.
Administrar la recuperación de deudas	No es necesario
Informar al sujeto de datos, o permitir a las empresas del grupo Allianz y a terceros seleccionados informar al sujeto de datos sobre los productos y servicios que pueden interesarle de acuerdo con las preferencias de marketing. Las modificaciones a las referencias pueden solicitarse en cualquier momento poniéndose en contacto con su representante de AWP Health & Life SA o poniéndose en contacto con AWP Health & Life SA tal como se indica en el presente documento.	Requerido
Para tomar decisiones automatizadas (incluyendo elaboración de perfiles) con fines de valoración de créditos, para personalizar la experiencia del Sujeto de datos [en el sitio web] (presentando los productos, servicios, mensajes de marketing, ofertas y contenido personalizado para el Sujeto de datos) y para tomar otras decisiones sobre el Sujeto de datos, utilizando la tecnología informática como la evaluación de los productos que pudieran ser más adecuados para el Sujeto de datos.	Requerido, cuando es necesario. No obstante, cuando AWP Health & Life SA o un tercero autorizado necesitan procesar esos datos personales para poder suscribirse al seguro y/o procesar una reclamación, AWP Health & Life SA no necesitará obtener el consentimiento expreso del Sujeto de datos.
Detección y prevención del fraude	No es necesario
Cumplir con las obligaciones legales (p. ej., impuestos, contabilidad y obligaciones administrativas)	No es necesario
Redistribuir el riesgo por medio del reaseguramiento y el coaseguramiento	No es necesario

Tal como se menciona anteriormente, AWP Health & Life SA puede recabar y procesar información que contenga datos personales recibidos cuando sean relevantes de la base de datos pública, terceros como corredores y socios comerciales, facultativos, hospitales, otras autoridades médicas administrativas, otros aseguradores, referencias de crédito y agencias de prevención de fraude, redes publicitarias, proveedores analíticos, buscar información de proveedores, ajustadores de reclamaciones, intermediarios, autoridades delegadas, abogados y notarios.

Para aquellos fines indicados anteriormente en los que AWP Health & Life SA haya indicado que no requiere consentimiento expreso del Sujeto de datos o en los que AWP Health & Life SA requiere los datos personales para suscribirse al seguro y/o procesar una reclamación; AWP Health & Life SA procesará la base de datos personal en base a los intereses legítimos y/o para cumplir las obligaciones legales.

Acceso y procesamiento de datos personales

AWP Health & Life SA asegurará que los datos personales se procesen de forma que sea compatible con los fines indicados anteriormente. Para los fines indicados, los datos personales pueden obtenerse y revelarse a las siguientes partes a través de acuerdos contractuales para proteger los datos personales de aquellos que pueden funcionar como controlador de datos terceros autorizados y o procesadores de datos.

- Autoridades públicas, diferentes a las empresas del Grupo Allianz, otros Aseguradores, coaseguradores, reaseguradores, intermediarios/aseguradores y bancos
- Con autorización del Grupo Allianz que realiza determinados servicios en nombre de AWP Health & Life S.A como evaluaciones de riesgo y gestión de las reclamaciones que implican la recabación y el uso de otros datos sin los que AWP Health & Life S.A no podría administrar una Póliza ni pagar determinadas reclamaciones.

- Titulares de Pólizas, empleados, corredores, otras empresas del grupo Allianz, intermediarios de seguros, terceros Administrador para suscribirse y/
- o administrar la Póliza o procesar cualquier dato y operativo de descarga (reclamaciones, IT, documento, gestión);
- los facultativos, enfermeras y personal del hospital, otras instituciones médicas, casa de salud fondos de seguros de salud estatutarios, asociaciones profesionales y autoridades públicas para administrar la Póliza o procesar reclamaciones;
- otras empresas del grupo Allianz, consultores técnicos, expertos, abogados, ajustadores de pérdidas, preparadores, médicos y empresas de servicios para descargar operaciones (reclamaciones, IT, postal, gestión de la documentación); y/o
- publicidad y redes de publicidad para enviar comunicaciones de marketing al Sujeto de datos, según lo permita la ley local y de conformidad con las preferencias de comunicación del Sujeto de datos. AWP Health & Life SA no comparten datos personales con terceros no afiliados para su propio uso de marketing sin permiso de sujeto de datos.

AWP Health & Life S.A y estos terceros realizarán su intercambio de acuerdo con las obligaciones médicas y de datos confidencialmente, y los procedimientos requeridos para compartir los datos y para usarlos con los fines antes mencionados.

Finalmente, AWP Health & Life SA también puede compartir datos en las siguientes instancias, entre otras:

- En el caso de alguna reorganización actual o contemplada, fusión, venta, emprendimiento, transferencia u otras disposiciones de todo, o parte, de nuestro negocio, activos o acciones (incluyendo en procedimientos de insolvencia o similares) y
- cumplir cualquier obligación legal, incluyendo los ombudsmen relevantes, tribunales, arbitradores, abogados si un Sujeto de datos presenta una reclamación sobre los productos o servicios que AWP Health & Life SA te ha proporcionado al Sujeto de datos.
- Con coaseguradores para distribuir la cobertura del riesgo de seguro conjuntamente con otras empresas a las que AWP Health & Life SA emite una Póliza, y/o para gestionar conjuntamente las reclamaciones.
- con otros aseguradores/red reaseguradora que puedan cubrir el mismo riesgo de seguro al mismo tiempo varios seguros- para distribuir cualquier compensación que puede deberme, o para colaborar en la detección o prevención de fraude y crimen financiero.

Transferencias de datos

Los datos personales pueden procesarse tanto dentro como fuera del Área Económica Europea (AEE) por las partes especificadas anteriormente sujetas a restricciones contractuales relacionadas con la confidencialidad y la seguridad en línea, con las leyes y reglamentos de protección de datos aplicables. Ningún dato personal y/o sensible puede divulgarse a las partes que no están autorizadas para procesarlos.

En el caso de una transferencia de datos personales sensibles fuera del AEE, dicha transferencia se da en la aplicación de los términos y condiciones estipulados en los acuerdos de transferencia de datos junto con las reglas de la reglamentación, las leyes del sector específicas y las guías aplicables, y los códigos de práctica emitidos por las autoridades supervisoras.

Además, una transferencia de datos personales o sensibles fuera del AEE para procesar dentro del grupo Allianz, el Asegurador acuerda a transferir en base a las reglas corporativas vinculantes aprobadas por Allianz, conocidas como el estándar de privacidad de Allianz, que establece la protección adecuada para los datos personales y que son legalmente vinculantes en todas las empresas del grupo Allianz. Puede acceder a BCR de Allianz y a la lista de empresas del grupo Allianz que cumplen con él en <https://www.allianz.com/en/>

Cuando no se aplique BCR de Allianz, se tomarán las medidas necesarias para asegurar que la transferencia de datos personales fuera del AEE, recibe un nivel de protección adecuado, tal como lo hace en el AEE. Para más información relacionada con dichas garantías, salvaguardas, AWP Health & Life SA confía para dichas transferencias en que el Sujeto de datos pueda ponerse en contacto con su representante AWP Health & Life SA o ponerse en contacto directamente con AWP Health & Life SA, tal como se indica a continuación.

Derechos del sujeto de datos

La Reglamentación de protección de datos confiere determinados derechos al Sujeto de datos, incluyendo:

- El derecho al acceso: el Sujeto de datos tendrá el derecho de obtener la confirmación del controlador sobre si se procesan o no datos personales relacionados con él y, cuando sea el caso,
- Acceder a los Datos personales en un formulario accesible fácilmente e inteligible, transparente y conciso para conocer el origen de los datos, los fines y el final del procesamiento, los datos del controlador de datos, del procesador de datos y de las partes a quienes pueden divulgarse los datos;
- El derecho a renunciar: el Sujeto de datos tendrá el derecho de retirar el consentimiento en cualquier

-
- momento cuando los datos personales sean procesados con su consentimiento expreso;
- El derecho a rectificar: el Sujeto de datos tendrá el derecho a obtener del controlador, y de forma inmediata, la rectificación de Datos personales imprecisos o incompletos relacionados con el Sujeto de datos;
 - El derecho a borrar («derecho a ser olvidado»): El Sujeto de datos tienen el derecho a obtener la eliminación o retirada de los Datos personales a la brevedad;
 - El derecho a la restricción del procesamiento: El Sujeto de datos tendrá derecho a obtener del controlador la restricción del procesamiento en determinadas condiciones;
 - El derecho a objetar: El Sujeto de datos tendrá el derecho a objetar en base a una situación específica en cualquier momento para procesar los Datos personales relacionados con él. El controlador no procesará más datos personales a menos que el controlador demuestre una base legítima
 - para el procesamiento que supere los intereses, los derechos y las libertades del Sujeto de datos para el establecimiento, el ejercicio o la defensa de reclamaciones legales;
 - el derecho de obtener intervención humana para una decisión en base solamente al procesamiento automatizado incluyendo Perfilación: El Sujeto de datos tendrá derecho a no ser sujeto a una decisión en base solamente al procesamiento automatizado, incluyendo perfilación, que produce efectos legales relacionados con él y afecta significativamente al sujeto de datos;
 - El derecho a la portabilidad de datos: El Sujeto de datos tendrá derecho a recibir los datos personales relacionados con él, que ha proporcionado a un controlador, en un formato legible de máquina, estructurado y de uso común, y tendrá el derecho de transmitir esos datos a otro controlador;
 - elevar una queja con AWP Health & Life SA y la autoridad de protección de datos relevante.

El Sujeto de datos puede ejercitar estos derechos poniéndose en contacto con su representante de AWP Health & Life SA directamente, tal como se indica a continuación, proporcionando el nombre del Sujeto de datos, el correo electrónico, la cuenta de identificación y los fines de la solicitud:

AWP Health & Life S.A
Client relations
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar 93400,
Saint Ouen, Francia
Correo electrónico:
informatique.libertes@allianzworldwidecare.com

Objeción al procesamiento de datos personales y sensibles

Siempre que esté permitido por la reglamentación o legislación aplicable, el Sujeto de datos tiene el derecho a objetar al procesamiento de datos personales, o a solicitar a AWP Health & Life SA que detenga el procesamiento de datos (incluyendo aquellos con fines de marketing directo). Una vez que el Sujeto de datos ha informado a AWP Health & Life SA, ya no procesará los datos personales del Sujeto de datos a menos que lo permitan las leyes y reglamentos aplicables.

El Sujeto de datos puede ejercitar este derecho de la misma forma que los otros derechos indicados anteriormente.

Retención de datos

AWP Health & Life SA retendrá los datos personales del Sujeto de datos según lo permiten las leyes y reglamentaciones aplicables, específicamente como sigue:

Documentos

Retención de datos

Propuestas, valoraciones	3 años
Coberturas de aprobaciones y contratos	formularios
Formularios de inscripción	<ul style="list-style-type: none"> - 5 años desde la fecha de finalización del contrato (si no hay reclamaciones) - 5 años desde la fecha de finalización del contrato de la cobertura del seguro
Formularios de inscripción individual de Asegurados discapacitados	Filed in the relevant claims file (see below: "claims files")
Contribuciones y primas, comisiones y albaranes de tarifas y registros	5 años
Registros contables informatizados	30 años
Archivos de reclamaciones en el caso de muerte, pérdida de autonomía total y reversible, incapacidad, discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> - si se ha pagado el beneficio: 10 años desde la última fecha de pago <ul style="list-style-type: none"> - si el beneficio no se ha pagado en su totalidad o parcialmente al beneficiario en el caso de muerte del Asegurado: 30 años desde la fecha de reconocimiento de la muerte del Asegurado por la empresa. - si el beneficio no se ha pagado en su totalidad o parcialmente debido a la desaparición de la ausencia del Asegurado: 30 años desde la fecha del reconocimiento de la empresa de la determinación de la desaparición o ausencia del Asegurado
Reclamaciones de atención sanitaria (enfermedad/ gastos médicos de accidentes)	3 años desde la fecha en que se cierran las reclamaciones
Discapacidad parcial permanente debido a enfermedad (PPDI) - Discapacidad parcial permanente debido a discapacidad por accidente (PPDA) - Pagos mensuales - Pagos mensuales - Reembolso hospitalario - Garantías de recursos - Fin de la compensación del grado - Asignación por escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> - si se ha pagado el beneficio: 10 años desde la última fecha de pago - si no se paga: 30 años
Otros documentos contractuales (acuerdos administrativos, tratados, convenciones, apoyos, otros acuerdos varios).	formularios

AWP Health & Life SA no retendrá los datos del Sujeto de datos por más tiempo del necesario y retendrá dichos datos solo con los fines para los que fueron obtenidos.

Información de contacto

Si el Sujeto de datos tiene alguna inquietud sobre cómo AWP Health & Life SA utiliza los datos personales, el Sujeto de datos puede ponerse en contacto con el Oficial de Protección de datos como se indica a continuación:

AWP Health & Life S.A
Client relations
Eurosquare 2
7 rue Dora Maar 93400,
Saint Ouen, Francia
Correo electrónico:
AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

Actualización de protección de datos de AWP Health & Life SA

AWP Health & Life SA asegura que la versión más reciente está disponible en el sitio web www.allianzworldwidecare.fr

El Sujeto de datos estará informado de cualquier cambio importante que pudiera tener un impacto en los datos personales del Sujeto de datos. El Sujeto de datos puede ponerse en contacto con su representante AWP Health & Life SA o poniéndose en contacto con AWP Health & Life SA tal como se indica en el presente documento. Este Aviso de Protección de datos fue actualizado el 1 de mayo de 2018.

DEFINICIONES

Los siguientes términos tendrán el significado en la Reglamentación (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo del 27 de abril de 2016 sobre la protección De las Personas naturales en relación con el procesamiento de datos personales y sobre el movimiento libre de dichos datos («la Regulación») y se define a continuación:

Leyes aplicables

A menos que se indique lo contrario en este documento, (a) las leyes de la Unión Europea o de un Estado Miembro en relación a los Datos personales a las que está sometida cualquier empresa del grupo Entidades legales; (b) cualquier otra ley de protección de datos aplicable con respecto a los datos personales a la que está sometida cualquier empresa de un grupo de entidades legales.

Reglas corporativas vinculantes

Políticas de protección de datos personales a las que están vinculadas a través del controlador o del procesador establecidos en el territorio de un Estado Miembro para transferencias o para un conjunto de transferencias de datos personales a un controlador o procesador en uno o más terceros países dentro del grupo de empresas, o grupo de empresas comprometidas en una actividad económica conjunta.

Información confidencial

La información confidencial incluirá (entre otra) información de naturaleza confidencial relacionada con Pólizas, titulares de Pólizas y asuntos comerciales, estrategias, conocimiento técnico y comercial de las partes.

Consentimiento del Sujeto de datos

Cualquier indicación no ambigua, informada, específica y dada libremente de los deseos del Sujeto de datos por las cuales él, a través de una declaración o de una acción afirmativa y clara, indica la aceptación del procesamiento de datos personales relacionados con él.

Datos personales corporativos

Cualquier Dato personal procesado por un Procesador de datos contratado o un procesador en nombre del Controlador de datos o del Miembro del grupo corporativo del Controlador de datos en virtud de, o en conexión con, acuerdos administrativos relevantes incluyendo, entre otros, los firmantes del acuerdo administrativo y el presente DPA y cualquier información confidencial que relacione a los negocios de las Partes o a los clientes o empleados de las Partes.

Procesamiento transfronterizo

Procesamiento de datos personales que tiene lugar en el contexto de las actividades de establecimientos en más de un Estado Miembro o de un Controlador de datos o Procesador de datos en la Unión Europea donde el controlador de datos o el procesador de datos está establecido en más de un Estado Miembro; o el procesamiento de datos personales que tiene lugar en el contexto de las actividades de establecimiento único de un controlador de datos o procesador de datos en la Unión Europea de lo que sustancialmente afecta o es probable que sustancialmente afecte al sujeto de datos en más de un estado miembro.

Datos

Datos personales, datos sensibles y otra información que hace disponible el Controlador de datos para el Procesador de datos o que hace disponible el Procesador de datos para el Controlador de datos en conexión con el Acuerdo y cualquier otro dato o información procesada por el Procesador de datos en conexión con el acuerdo, incluyendo los datos personales de los firmantes al acuerdo y el presente anexo, y que relaciona a los negocios de las partes a los clientes o empleados de las Partes.

Controlador de datos

Persona natural o legal, autoridad pública, agencia u otro organismo, que por sí solo o conjuntamente con otros, determina los fines y los medios de procesamiento

de Datos personales. El papel de Controlador no está determinado por quien recaba los datos o quien accede a ellos, sino por quien determina los fines y los medios del procesamiento. Las entidades legales sin personalidad legal propia pueden ser controladores distintos de la empresa madre donde determinan los fines y los medios del procesamiento realizado en su nombre. Cuando los fines y los medios de dicho procesamiento están determinados por la ley de la Unión o de un Estado Miembro, el controlador o el criterio específico para su nominación puede proporcionarlos la Ley de la Unión o del Estado miembro.

Proceso o procesamiento de datos

Cualquier operación o conjunto de operaciones que realice un procesador de datos en nombre de un Controlador de datos, sobre Datos personales o juegos de Datos personales, sea por medios automatizados o no como recabación, registro, organización, estructuración, almacenamiento adaptación o alteración, recuperación, consulta, uso, divulgación por transmisión, diseminación o si no dando disponibilidad, alineación o combinación, restricción borrado o destrucción.

Procesador de datos

Persona legal o natural y/o entidad legal, autoridad pública, agencia u otro organismo que procese los datos personales en nombre de un Controlador de datos.

La existencia de un procesador depende de una decisión tomada por el controlador, que puede decidir si el procesar los datos dentro de su organización o delegar todo o parte del procesamiento a una organización externa.

Definir elementos:

- Entidad legal separada
- Procesamiento de datos en nombre de controlador
- El procesador está llamado a implementar las instrucciones dadas por el controlador, al menos en relación con el fin del procesamiento y los elementos esenciales de los medios.

Ley de protección de datos

Todas las leyes de protección de datos nacionales, federales, regionales, internacionales, futuras y actuales aplicables, la guía regulatoria, la legislación, los estatutos, los códigos, las regulaciones, recomendaciones, opiniones emitidas por una autoridad de protección de datos relevante, en cualquier jurisdicción relacionada con el procesamiento de datos personales, incluyendo la privacidad y la seguridad de datos personales de conformidad con la Ley de protección de datos Federal del 30 de junio de 2017 ([Federal Law Gazette I p. 2097] Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), Código alemán de la Seguridad social (Sozialgesetzbücher), que incluye

provisiones para procesar datos personales médicos, sociales u otros, así como, proporcionados en la sección 213 de la Ley de seguros de Alemania, la Ley de protección de datos corregida de Francia n.º 78-17 de 06.01.1978 sobre Tecnología de la información, archivo de datos y libertades civiles y, en particular, de la Reglamentación de protección de datos generales 2016/679 del 27 de abril de 2016 y cualquier Legislación, regulación, recomendación y opinión de la Unión Europea o de un Estado Miembro que reemplaza, agrega o corrige, extiende,deroga o consolida la Ley de protección de datos relacionada a estos requisitos sobre recabación, procesamiento y uso de los datos personales por parte de los procesadores de datos en nombre de controladores de datos.

Autoridad supervisora de la protección de datos

Autoridad pública independiente establecida por un Estado Miembro conforme al Artículo 51 de la regulación; una autoridad supervisora que se ocupa del procesamiento de datos personales porque:

- el controlador o el procesador está establecido en el territorio del Estado Miembro de esa autoridad supervisora;
- los Sujetos de datos residentes en el Estado Miembro de la autoridad supervisora se ven sustancialmente afectados o es probable que se vean sustancialmente afectados por el procesamiento; o
- se ha registrado una reclamación con esa autoridad supervisora;

la Autoridad de protección de datos de Francia (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, en adelante llamada «CNIL») es la autoridad francesa supervisora. CNIL es una autoridad administrativa independiente responsable de asegurar que la tecnología la información permanece al servicio de los ciudadanos y no pone en peligro la identidad humana o los derechos a los Derechos Humanos, la privacidad o las libertades públicas del individuo. Supervisa el cumplimiento de el Acuerdo de protección de datos y con frecuencia emite decisiones y guías relacionadas con él. www.cnil.fr/english/

Sujeto de datos

La persona natural viva e identificable o identificada a quien se relaciona con los datos personales; una persona viva, identificable y natural es aquella que puede ser identificada, directa o indirectamente, en particular por referencia de un identificador como el nombre, un número de identificación, de ubicación, identificador en línea, o uno o más factores específicos del físico, la fisiología, la genética, la mente, o la identidad social cultural o económica de esa persona natural.

Solicitud del Sujeto de datos

Una solicitud de un sujeto de datos para acceder a la corrección, la aclaración, la transferencia o la eliminación de los datos personales de la persona.

Transferencias de datos fuera del AEE

El procesamiento o divulgación de datos personales a una parte que lleva un negocio fuera del Área Económica Europea (AEE) en cumplimiento de las leyes de protección de datos aplicables. Será necesario el uso de cláusulas contractuales estándar en acuerdo de transferencia de datos ingresados entre las partes o entre otros terceros a la aprobación del controlador de datos para la transferencia de los datos personales fuera de la AEE (Commission Decision 2010/87/EU) o cualquier sustitución de cláusulas subsecuentemente aprobadas por la Comisión Europea. Todos los datos procesados estarán de acuerdo con los términos y condiciones estipulados en todos los acuerdos de transferencia de datos proporcionando la información del procesamiento de datos personales requeridos por los artículos 13 y 14 de la RGDP.

Persona natural identificable

Persona natural que puede ser identificada directa o indirectamente, en particular por referencia a un identificador como el nombre, un número de identificación, una ubicación, un identificador en línea o uno o más factores específicos del físico, la fisiología, la genética, la mente, o la identidad social cultural o económica de esa persona natural, tal como se define en el Artículo 4.1 de la RGDP.

Sistema de información

Cualquier conjunto estructurado de datos personales que sean accesibles de acuerdo con un criterio específico, sea cuál sea la forma o método de creación, almacenamiento, organización y acceso. Puede resumirse en una o más formas de apoyo (p. ej., bases de datos, archivos físicos, directorios informáticos, etc.)

Entidades legales (grupo de)

En relación a cada parte, una entidad legal relacionada es una entidad legal controladora y sus entidades legales controladas:

- a. un organismo corporativo de control;
- b. un afiliado al organismo corporativo de control; o
- c. un organismo corporativo de control afiliado de un organismo corporativo de control.

Para los fines de esta definición:

- Afiliado al organismo corporativo significa una entidad legal que posee o controla, es propiedad o está controlada por, o está bajo el control común o en propiedad de una empresa donde el control se define

como la posesión directa o indirecta del poder para dirigir o causar la

- dirección de la gestión y las políticas de una entidad, ya sea a través de la propiedad de el voto de seguridad, por contrato o de otra forma;
- miembro del grupo corporativo significa un organismo corporativo o un afiliado al organismo corporativo;
- datos personales corporativos significa cualquier procesamiento de datos personal por parte de un Procesador contratado en nombre de un grupo corporativo, de acuerdo con, o en conexión con, el acuerdo administrativo relevante;
- ection with the relevant Administrative Agreements;
- un organismo corporativo controla otro cuando en el tiempo relevante:
 - a. posee, ya sea directa o indirectamente, o está en una posición de poseer o controlar la producción de menos del 50 % de las acciones, con posibilidad de Voto en reuniones generales de ese otro organismo corporativo; o
 - b. controla la composición de una mayoría del concejo de ese otro organismo corporativo.

Seudonimización

El procesamiento de datos personales, de forma que los datos personales no puedan atribuirse a un sujeto de datos específicos sin el uso de información adicional, siempre que la información adicional se mantenga separada y esté sujeta a medidas técnicas y organizativas para asegurar que los datos personales no se atribuyen a una persona natural identificada o identificable.

Datos personales

Cualquier información relacionada a una persona natural identificada o identificable (sujeto de datos); una persona natural identificable es aquella que puede ser identificada directa o indirectamente, en particular por referencia a un identificador como el nombre, un número de identificación o una ubicación, un identificador en línea o uno o más factores específicos del físico, la fisiología, la genética, la mente, o la identidad social cultural o económica de esa persona natural.

Personal Data Breach

La vulneración de la seguridad que lleva a la destrucción accidental o ilegal, la pérdida, la alteración, la divulgación no autorizada, o acceso a, datos personales transmitidos, almacenados o procesados de otra forma.

Receptor

Una persona natural o legal, autoridad pública, agencia u otro organismo, para los cuales los datos personales se divulgan, con o sin un tercero. No obstante, las autoridades públicas que puedan recibir los datos personales en el marco de una inquietud de acuerdo con la ley de la

Unión o de un Estado Miembro no serán considerados receptores; el procesamiento de dichos datos por esas autoridades públicas serán de conformidad con las reglas de protección de datos aplicable de conformidad con los fines del procesamiento;

Regulador

Según sea aplicable cualquier persona, fuerza de la ley u otra agencia que tenga autoridad gubernamental o regulatoria (ya sea bajo un modelo estatutario o no) sobre todo o parte del Procesamiento de datos personales con relación a la provisión o recepción de los Servicios, incluyendo, sin limitación, la Autoridad supervisora europea de protección de datos.

Datos sensibles

Datos personales que revelan el origen étnico o racial, las opiniones políticas, las creencias religiosas o filosóficas, o la membresía a un sindicato y el procesamiento de datos genéticos, biométricos, con el fin de identificar de forma única a una persona natural, datos relacionados con la salud o con la vida sexual o la orientación sexual de una persona natural.

- Los «datos genéticos» son los datos personales relacionados con los genes, las características genéticas adquiridas o heredadas de una persona natural, que otorga información única sobre la fisiología, la salud o la persona natural, en particular, de un análisis de una muestra biológica de la persona natural en cuestión;
- «datos biométricos» significa datos personales que resultan de un procesamiento técnico específico relacionado con las características de comportamiento fisiológicos o físicos de la persona natural como las imágenes faciales o los datos dactiloscópicos;
- «datos relacionados con la salud» significa datos personales relacionados con la salud física o mental de una persona natural, incluyendo la provisión del servicio de salud que revelan información sobre su estado de salud;

Sub-procesador

Cualquier tercero subcontratista (excluyendo empleados de un Controlador de datos o cualquier empleado de un subcontratista de un Controlador de datos) designado en nombre de un Controlador de datos por un Procesador de datos para procesar datos personales

- también puede referirse a un sub-procesador contratado a un subcontratista con fines de leyes de protección de datos aplicables.

Con los fines de transferencia de datos aplicables fuera de la AEE, tal como se estipula en el presente documento, un subcontratista significa cualquier procesador comprometido por un importador de datos o por cualquier otro subprocesador del importador de datos, que acuerdan recibir del importador de datos o de cualquier subprocesador de importador datos

personales, exclusivamente previstos para actividades de procesamiento a realizar en nombre del exportador de datos después de la transferencia, de acuerdo con sus instrucciones, los términos de las cláusulas y los términos del subcontrato escrito.

Cláusulas contractuales estándar

La cláusula contractual estipulada en un acuerdo de transferencia de datos ejecutado por, y entre, un controlador de datos y un procesador de datos, y un controlador de datos y un controlador de datos, transfiriendo datos personales de la EAA a un procesador de datos o a otro controlador de datos en un tercer país, que está sujeto a las leyes de protección de datos de un país o territorio determinado o para reflejar en la medida de lo posible sin material y con dudas como resultado. cualquier cambio, incluyendo cualquier reemplazo hecho de acuerdo con las leyes de protección de datos, en particular, conforme con la decisión de la Comisión Europea del 5 de febrero del 2010, en cláusulas contractuales estándar para transferencia de datos personales para procesadores establecido en terceros países.

Medidas de seguridad técnicas y organizativas

Estas medidas tienen como objetivo proteger los datos personales frente a la destrucción ilegal accidental o la pérdida accidental, la alteración, la divulgación no autorizada o el acceso, en particular, donde el procesamiento implica la transmisión de Datos sobre una red y contra todas las otras formas ilegales de procesamiento.

Tercer país

Un país o receptor: (i) No reconocido por la Comisión Europea como proporcionar un nivel adecuado de protección para los datos personales y (ii) no cubrir un marco adecuado reconocido por las autoridades relevantes o tribunales, como proporciona un nivel adecuado de protección para datos personales.

Terceros

Una persona natural o legal, autoridad pública, agencia u organismo distinto del Sujeto de datos, controlador, procesador y Personas que, bajo la autoridad directa del controlador o del procesador, están autorizadas para procesar datos personales;

AWP Health & Life SA es una empresa limitada con un capital de 65 190 446 €, regida por el Código de seguros de Francia, con oficina registrada en, Eurosquare 2, 7 rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Francia. Registrado en Francia: 401 154 679 RCS Bobigny. Número de IVA: FR 84 401 154 679.

Allianz Partners y Allianz Care son nombres comerciales registrados de AWP Health & Life SA.

5. Consecuencias del no cumplimiento de la obligación de declaración en virtud de la Ley § 19 de contratos de seguros en Alemania (Versicherungsvertragsgesetz)

Obligaciones de declaración precontractuales

El Asegurador asume la cobertura del seguro basándose en el entendimiento de que el Miembro principal o cualquiera de las Personas cubiertas responde a todas las preguntas formuladas junto

con el contrato de seguro sincera y completamente. El Asegurador confía en la información declarada por el Tomador del seguro y, por lo tanto, en la del Asegurado para poder evaluar correctamente el riesgo del Asegurado y para calcularla prima a un nivel apropiado. Por esta razón, al Miembro principal o a cualquier Persona cubierta se le exige, hasta el momento en que el se envía la declaración contractual, indicar sincera y completamente toda circunstancia relacionada con riesgos conocidos para el Miembro principal o cualquier Persona cubierta sobre los que el Asegurador haya consultado en forma escrita (por escrito). Si después del envío de la declaración contractual pero antes de la aceptación contractual de forma escrita, el Asegurador consulta sobre las circunstancias relacionadas con el riesgo, el Miembro principal o cualquier Persona cubierta también está obligado a declarar estas en consecuencia. También deben declararse las circunstancias a las que el Miembro principal o cualquier Persona cubierta otorga una importancia menor. Si debe asegurarse a otra persona, esta persona además del Miembro principal, es responsable de contestar las preguntas hechas por escrito sinceramente y en su totalidad,

Para fines de la presente Póliza, esta incluirá, no solo al Miembro principal sino también a todas las Personas cubiertas elegibles.

Posibles consecuencias de la divulgación de una obligaciones de declaración precontractuales

1. Renuncia

Si el Miembro principal o cualquier Persona cubierta no cumple con una obligación de declaración precontractual, el Asegurador está autorizado a renunciar a la Póliza. Esto no es aplicable si el Miembro principal prueba subsecuentemente que no hay ningún intento ni negligencia grave implicados. En el caso de incumplimiento negligente grave de la obligación de declaración, el Asegurador no tiene el derecho de renunciar si el Asegurador ha concluido el contrato con el conocimiento de las circunstancias confidenciales, incluso en relación con otras condiciones. En el caso de una

renuncia, no existe cobertura de seguro. Si el Asegurador anuncia nuestra renuncia después de haberse producido el evento asegurado, el Asegurador sigue estando obligado a pagar el beneficio si el Miembro principal proporciona subsecuentemente pruebas de que la circunstancia que no fue declarada, o fue incorrectamente declarada, no fue la causa o de

- la ocurrencia o de la verificación del evento asegurado; o
- la verificación o el alcance de nuestra obligación de pago.

No obstante, la obligación de pago del Asegurador se invalida si el Miembro principal o cualquier Persona cubierta ha incumplido, intencional o fraudulentamente, la obligación de declaración. En el caso de renuncia, el Asegurador tiene derecho a la parte de la prima correspondiente al periodo contractual que ha pasado hasta el momento en el que la declaración de renuncia resulta efectiva.

2. Rescisión

Si el Asegurador no puede renunciar al contrato porque el Miembro principal o la Persona cubierta (sin ninguna negligencia grave) no ha cumplido con la obligaciones de declaración precontractual, el Asegurador puede rescindir de esta Póliza, adhiriéndose a una fecha límite de un mes. El derecho del Asegurador a la rescisión se excluye si el Asegurador ha concluido el contrato con conocimiento de las circunstancias confidenciales, incluso en relación a otras condiciones.

3. Enmienda contractual

Si el Asegurador no puede renunciar o rescindir la Póliza porque el Asegurador ha concluido el contrato a pesar de tener el conocimiento de las circunstancias de riesgo confidenciales, incluso en relación con otras condiciones, dichas otras condiciones pasarán a ser parte integral del contrato a solicitud del Asegurador.

Si el Miembro principal y cualquier Persona cubierta

de forma negligente incumplieron la obligación de declaración, las otras condiciones se convertirán en parte integral del contrato retrospectivamente. Esto puede

llevar a un aumento retrospectivo de la prima o a una exclusión retrospectiva de la cobertura del riesgo para la circunstancia confidencial y, en este sentido a un periodo retrospectivo de la cobertura del seguro.

Si la prima del seguro aumenta en más de un 10 % como resultado de una enmienda contractual, o si el Asegurador excluye la cobertura del riesgo para la circunstancia confidencial, el Miembro principal puede dar por terminada la Póliza dentro del mes posterior a la recepción de nuestra notificación de la enmienda contractual. El Asegurador anunciará al Miembro principal de este derecho en nuestra notificación.

4. Alegación de los derechos del Asegurador

El Asegurador solo alega nuestros derechos con relación a la retirada, la finalización o la enmienda contractual en el periodo de un mes por escrito. Este periodo se inicia en el momento en que se previene al Asegurador del incumplimiento de la obligación de declaración que justifica la alegación de nuestro derecho. En el ejercicio de nuestros derechos,

el Asegurador debe revelar las circunstancias en las que el Asegurador basa su alegación. El Asegurador debe, retrospectivamente, proporcionar circunstancias adicionales como justificar si el plazo para estos, de acuerdo con el párrafo 1 no ha transcurrido. El Asegurador puede no invocar los derechos de renuncia o la enmienda contractual si el Asegurador estaba informado de la circunstancia de riesgo encubierta o la inexactitud de la divulgación. Nuestros derechos al lapso de enmienda contractual, finalización y retiro después de un periodo de tres años posteriores a la conclusión de la Póliza. Esto no se aplica en el caso de casos de seguro que surgen antes de que este periodo transcurra. Este periodo comprende 10 años si el Miembro principal o cualquier Persona cubierta ha incumplido, intencional o fraudulentamente, la obligación de declaración.

5. Impugnación de la validez del contrato

Si el Miembro principal o cualquier Persona cubierta nos engaña fraudulentamente, el Asegurado también puede impugnar la validez del contrato.

6. Representación por otra persona

Si el Miembro principal permite a otra persona representarlo cuando concluye la Póliza, tanto el intento fraudulento como el conocimiento del representante del Miembro principal, además del intento fraudulento y el propio conocimiento del Miembro principal deben tenerse en cuenta en relación con la obligación de la declaración, la renuncia, la finalización, la enmienda contractual y el plazo de exclusión para la alegación de los derechos del Asegurador. El Miembro principal solo puede reclamar que la obligación de declaración no se haya incumplido

intencionalmente o como resultado de una negligencia grave si ni el representante del Miembro principal ni el Miembro son responsables por fraude o negligencia grave.

6. Instrucciones sobre el derecho de revocación

SECCIÓN 1

Derecho de revocación, consecuencias de la revocación y notas especiales

Derecho de revocación

Puede revocar su solicitud de cobertura de seguro en formato de texto (p. ej., carta o correo electrónico) en un plazo de 14 días sin necesidad de indicar ningún motivo.

El plazo de revocación comienza en el momento en el que haya recibido los siguientes documentos:

- el certificado de seguro,
- las condiciones contractuales, incluidas las condiciones del plan de seguro, que, a su vez, incluyen las cláusulas tarifarias,
- estas instrucciones,
- la hoja de información del producto y
- la información adicional que se detalla a continuación en la sección 2 por escrito.

El envío a tiempo de la revocación es suficiente para cumplir con el plazo de revocación.

La notificación de revocación debe enviarse a la siguiente dirección: PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10
20355 Hamburgo, Alemania
Dirección de correo electrónico:
kundenbetreuung@passportcard.de

Consecuencias de la revocación

En caso de revocación efectiva, la cobertura del seguro terminará y le reembolsaremos la parte de las primas correspondiente al periodo posterior a la recepción de la revocación si había acordado que la cobertura del seguro comenzara antes del final del plazo de revocación. En este caso, podremos retener la parte de la prima correspondiente al tiempo que haya transcurrido hasta la recepción de la revocación; se trata de una cantidad equivalente a 1/30 de la prima mensual por cada día que haya estado vigente la cobertura del seguro. El reembolso de la prima se efectuará sin demora indebida, a más tardar treinta (30) días después de que se reciba la revocación. Si la cobertura del seguro no comienza antes del final del plazo de revocación, la revocación efectiva supondrá la devolución de las prestaciones recibidas y la entrega de los beneficios derivados (p. ej., intereses).

Nota especial

Su derecho de revocación expirará si usted y nosotros cumplimos por completo con la cobertura del seguro a petición expresa de usted antes de que haya ejercido su derecho de revocación.

SECCIÓN 2

Lista de información adicional necesaria para el inicio del plazo

Con respecto a la información adicional a la que se refiere la sección 1, frase 2, los requisitos de información se detallan a continuación.

La aseguradora debe proporcionarle la siguiente información:

- 1) la identidad de la aseguradora y de la sucursal, si la hubiere, a través de la cual se va a celebrar el contrato; el registro mercantil en el que se encuentra inscrita la persona jurídica y el número de registro correspondiente;
- 2) la identidad de un representante de la aseguradora en el Estado miembro de la Unión Europea en el que usted resida, si existe tal representante, o la identidad de una persona distinta de la aseguradora que actúe a título profesional, si usted está tratando con esa persona, así como la capacidad en la que dicha persona actúa con respecto a usted;
- 3) (a) la dirección de servicio de la aseguradora y cualquier otra dirección que sea relevante para la relación comercial entre la aseguradora y usted y, en el caso de personas jurídicas, asociaciones de personas o grupos de personas, también el nombre de un representante autorizado; si la notificación se realiza por transmisión de las cláusulas contractuales, incluidas las condiciones generales del seguro, la información deberá proporcionarse de forma destacada y clara; si la notificación se realiza por transmisión del formulario;

(b) cualquier otra dirección relevante para la relación comercial entre un agente o representante de la aseguradora o cualquier otra persona que actúe en capacidad comercial de conformidad con el número 2 y usted, así como, en el caso de personas jurídicas, asociaciones de personas o grupos de personas, el nombre de una persona autorizada para representarlos; si la comunicación se realiza por transmisión de las condiciones del contrato, incluidas las condiciones generales del seguro, la información deberá proporcionarse de forma destacada y clara;
- 4) la actividad comercial principal de la aseguradora;
- 5) las características esenciales de la prestación del seguro, incluyendo, en particular, información sobre el tipo, el alcance y la fecha de vencimiento de la prestación de la aseguradora;
- 6) el precio total del seguro, incluidos todos los impuestos y otros componentes del precio, de manera que las primas se detallan por separado si la relación de seguro comprende varios contratos de seguro independientes o, si no se puede indicar un precio exacto, los detalles de la base para calcularlo, que le permitan comprobar el precio;
- 7) (a) en su caso, los gastos adicionales en los que se haya incurrido, especificando el importe total a pagar, así como cualesquiera otros impuestos, tasas o gastos que no hayan sido pagados o cobrados por la aseguradora;

7) (b) cualquier coste en el que usted haya incurrido por el uso de cualquier medio de comunicación a distancia, en caso de que se cobren tales costes adicionales;

8) detalles relativos al pago y a la ejecución, en particular sobre el método de pago de las primas;

9) el periodo de validez de la información proporcionada, como, por ejemplo, el periodo de validez de las ofertas limitadas, en particular con respecto al precio;

10) información sobre el modo de celebración del contrato, en particular sobre el inicio del seguro y la cobertura del seguro, así como sobre la duración del periodo durante el cual el solicitante estará obligado por la solicitud;

11) la existencia o inexistencia de un derecho de cancelación y las condiciones y los detalles para ejercerlo, incluyendo, en particular, el nombre y la dirección de la persona a quien se debe declarar la revocación, así como las consecuencias legales de la revocación, incluida la información sobre la cantidad que puede que usted tenga que pagar en caso de revocación; si la notificación se envía mediante la transmisión de los términos del contrato, incluidas las condiciones generales del seguro, la información deberá proporcionarse de forma destacada y clara;

12)(a) información sobre la duración del contrato;

(b) información sobre la duración mínima del contrato;

13) detalles de la rescisión del contrato, incluyendo, en particular, las condiciones de rescisión del contrato; si la notificación se realiza por cláusulas contractuales, incluidas las condiciones generales del seguro, la información se proporcionará de forma destacada y clara;

14) los Estados miembros de la Unión Europea a cuya legislación esté sujeta la aseguradora al establecer relaciones con usted antes de la celebración del contrato de seguro;

15) la legislación aplicable al contrato;

16) los idiomas en los que se comunican las condiciones del contrato y la información preliminar a la que se hace referencia en este inciso, además de los idiomas en los que la aseguradora se compromete, con su consentimiento, a comunicarse durante la vigencia de este contrato; así como los idiomas de este contrato;

17) la posibilidad de que usted acceda a un procedimiento extrajudicial de reclamación y recurso, así como, en su caso, las condiciones para dicho acceso; en este contexto, deberá indicarse expresamente que la posibilidad de emprender acciones legales no se ve afectada; y

18) nombre y dirección de la autoridad de control competente y posibilidad de presentar una reclamación ante dicha autoridad de control.

Fin de las instrucciones sobre el derecho de revocación.

7. Zonas de cobertura

Zona 1	China, Hong Kong, Japón, Singapur, Corea del Sur, Taiwan
Zona 2	Antártida, Argentina, Australia, Belice, Bolivia, Brasil, Territorio Británico en Océano Índico, Colombia, Islas Cook, El Salvador, Ecuador, Islas Falkland, Fiji, Guyana francesa, Polinesia francesa, Guadalupe, Guam, Guyana, Honduras, Kiribati, Maldivas, Malvinas, Islas Marshall, Martinica, Mayotte, México, Micronesia, Islas Ultramarinas Menores, Montserrat, Nauru, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Nicaragua, Niue, Isla Norfolk, Islas Marianas del Norte, Palau, Panamá, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, Islas Pitcairn, Reunión, Islas Sándwich del Sur, San Pedro y Miquelon, Samoa, Islas Solomon, Suriname, Islas Tokelau, Tonga, Tuvalu, Reino Unido, Uruguay, Vanuatu, Venezuela, Wallis y Futuna, Samoa Occidental
Zona 3	Albania, Andorra, Armenia, Austria, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Islas Bouvet, Bulgaria, Islas del Canal, Croacia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estonia, Islas Feroe, Finlandia, Francia, Georgia, Alemania, Gibraltar, Grecia, Groenlandia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, Macedonia, Malta, Moldavia, Mónaco, Montenegro, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, Rusia, San Marino, Serbia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Svalbard, Suecia, Suiza, Turquía, Ucrania, Ciudad del Vaticano
Zona 4	Afganistán, Argelia, Angola, Azerbaiyán, Bahrein, Bangladesh, Benin, Bután, Botsuana, Brunei, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, Cabo Verde, República Centro africana, Chad, Comoros, Congo, Costa Rica, República Democrática del Congo (Zaire), Yibuti, Dubai, Timor Oriental, Egipto, Guinea Ecuatorial, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guatemala, Guinea, Guinea Bissau, Islas Heard y McDonald, India, Indonesia, Irán, Iraq, Costa del Marfil, Jordania, Kazajstán, Kenia, Kuwait, Kirguizistán, Laos, Líbano, Lesoto, Liberia, Libia, Macau, Madagascar, Malasia, Malawi, Mali, Mauritania, Mauricio, Mongolia, Marruecos, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, Níger, Nigeria, Corea del Norte, Omán, Pakistán, Filipinas, Qatar, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Arabia Saudita, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Somalia, Sudáfrica, Sri Lanka, Sudán, Suazilandia, Siria, Tayikistán, Tanzania, Tailandia, Togo, Túnez, Turkmenistán, Uganda, Emiratos Árabes Unidos, Uzbekistán, Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabue

* Los siguientes países se incluirán en la cobertura en el plan que incluye a los EE. UU.: Cuba, República Dominicana, Haití y Puerto Rico.

** Los siguientes países, bajo sanciones económicas, están excluidos como países de destino:

- Irán
- Corea del Norte (República Popular Democrática de Corea)
- Siria
- Territorio de Crimea

La lista de países excluidos está sujeta a cambio.

El Asegurador no será responsable por la cobertura de una garantía del seguro, ni por pagar reclamaciones ni por proporcionar ningún beneficio del mismo en la medida en que la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación y/o la provisión de dicho beneficio expondría a ese Asegurador a cualquier sanción, prohibición y/o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas, sanciones comerciales o económicas, leyes o reglamentos de Francia, la Unión Europea, los Estados Unidos de América o cualquier otra ley o reglamento aplicable.

Contacto

Atención al cliente 24/7

Hablamos inglés y alemán - 24 horas al día.

Nuestro servicio de atención al cliente está disponible 24/7 para asistir a nuestros clientes con todas las preguntas relacionadas con su Póliza en el caso de una emergencia.

Número gratuito 00800 70 60 4000

Teléfono +49 (0)40 46 00 20-333

WhatsApp +49 170 210 1616

Correo electrónico kundenbetreuung@passportcard.de

Soporte del broker

Estamos aquí para responder cualquier pregunta que tenga:

El soporte del broker está disponible en días laborales de 9:00 hs a 17:30 hs.

Teléfono +49 (0)40 46 00 20-444

Fax +49 (0)40 46 00 20-100

Correo electrónico vertrieb@passportcard.de

PassportCard Deutschland GmbH
Managing director Eithan Wolf HRB 158858
Amtsgericht Hamburgo

PassportCard



www.passportcard.de

PassportCard Deutschland GmbH
Caffamacherreihe 8-10, 20355 Hamburg
Germany